



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน
โรงพยาบาลลำพูน

รายงานประจำปี 2568



โรงพยาบาลลำพูน

คำนำ

โรงพยาบาลลำพูน เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด ๔๑๑ เตียง มีหน้าที่ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนทั้งในด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนให้บริการทางด้านการศึกษา วิชาการ งานวิจัยเพื่อพัฒนางานให้เป็นอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลลำพูนมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนางานบริการทั้งองค์กรให้ได้คุณภาพมาตรฐานเพื่อเป้าหมายเป็นโรงพยาบาลที่ดีที่สุดที่ประชาชนไว้วางใจตลอดไป

รายงานประจำปี ๒๕๖๘ ฉบับนี้เป็นการรวบรวมผลการดำเนินงานของกลุ่มงาน / ฝ่ายต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อจะได้นำข้อมูลต่างๆ ใช้ในการวางแผนงาน โครงการ ตลอดจนใช้ประโยชน์ของข้อมูลเพื่อพัฒนาองค์กรให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป



(นางลดาวรรณ หาญไพโรจน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	๗-๘
ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดลำพูน	๑-๒
ส่วนที่ ๒ ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลลำพูน	
- ความเป็นมา วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเข็มมุ่ง	๓-๔
- โครงสร้างองค์กร	๕
- คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล	๖-๗
- จำนวนบุคลากรแยกตามประเภทบุคลากรและสายงาน	๘-๑๐
ส่วนที่ ๓ กิจกรรมและการให้บริการ	
- งานบริการผู้ป่วยนอก	๑๑-๑๕
- งานบริการผู้ป่วยใน	๑๖-๑๗
- สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก	๑๘-๒๐
- สถิติการให้บริการผู้ป่วยใน	๒๑-๒๓
กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ	
กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	๒๔-๔๔
กลุ่มงานนิติเวช	๔๕
กลุ่มงานจักษุวิทยา	๔๖-๕๒
กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก	๕๓-๕๘
กลุ่มงานโขนศาตร์	๕๙-๖๒
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก	๖๓-๖๕
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม	๖๖-๖๘
กลุ่มงานวิสัญญี	๖๙-๗๖
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด	๗๗-๗๘
กลุ่มงานรังสีวิทยา	๗๙-๘๔
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	๘๕-๙๑
กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์	๙๒-๙๔
กลุ่มงานเภสัชกรรม	๙๕-๙๘
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	
- หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑	๙๙-๑๑๘
- หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๒	๑๑๙-๑๒๗
- หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๓	๑๒๘-๑๓๘
- หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและศัลยกรรมอุบัติเหตุ	๑๓๙-๑๗๔
- หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	๑๗๕-๑๘๘
กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด	๑๘๙-๑๙๐
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด	๑๙๑-๑๙๒
กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี	๑๙๓-๒๐๑

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม	
- หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง	๒๐๒-๒๑๐
- หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ๑	๒๑๑-๒๑๙
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	
- หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย	๒๒๐-๒๒๒
- หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง	๒๒๓-๒๓๒
- ห้องแผล	๒๓๓-๒๔๑
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช	๒๔๒-๒๔๔
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์	
- หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย	๒๔๕-๒๔๘
- หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง	๒๔๙-๒๕๙
กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	๒๖๐-๒๗๓
- งานจ่ายกลาง	๒๗๔-๒๗๕
กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ	
- งานไตเทียม	๒๗๖-๒๗๙
- ศูนย์โรคหัวใจ	๒๘๐-๒๘๓
- งานส่องกล้อง	๒๘๔-๒๘๗
- งานเคมีบำบัด	๒๘๘-๒๙๔
หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น ๔	๒๙๕-๒๙๗
หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น ๕	๒๙๘-๓๐๕
หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ ๒	๓๐๖-๓๑๑
หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ ๓	๓๑๒-๓๑๘
หอผู้ป่วยสงฆ์และศัลยกรรมระบบปัสสาวะ	๓๑๙-๓๒๑
กลุ่มภารกิจด้านทันตกรรม	
กลุ่มงานทันตกรรม	๓๒๒-๓๒๖
กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ	
กลุ่มงานบริหารทั่วไป	
- ศูนย์สนับสนุนการบริการทางการแพทย์ (โลจิสติก)	๓๒๗-๓๓๑
กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ	
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม	
- งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง	๓๓๒-๓๓๕
- งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา	๓๓๖-๓๔๑
- งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู	๓๔๒-๓๔๔
- งานคุ้มครองผู้บริโภค	๓๔๕-๓๕๒
- งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย	๓๕๓-๓๕๕

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
กลุ่มงานสุขศึกษา	๓๕๖-๓๕๙
กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม	๓๖๐-๓๖๒
กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน	๓๖๓-๓๖๖
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๓๖๗-๓๗๒
กลุ่มงานภารกิจด้านสุขภาพดิจิทัล	
กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์	๓๗๓-๓๗๔
กลุ่มงานประกันสุขภาพ	๓๗๕
กลุ่มงานภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ	
- งานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ	๓๗๖-๓๘๑
- งานเวชนิทัศน์และโสตทัศนูปกรณ์	๓๘๒-๓๘๔
- งานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	๓๘๕-๓๘๘

❖ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดลำพูน

จังหวัดลำพูน เดิมชื่อเมืองหริภุญไชย เป็นเมืองโบราณเก่าแก่ที่สุดในจังหวัดภาคเหนือมีอายุประมาณ ๑,๓๔๖ ปี ตามพงศาวดารโยนกเล่าสืบต่อกันมาถึงการสร้างเมืองหริภุญไชย โดยฤๅษีวาสุเทพ เป็นผู้เกณฑ์พวกเม็งคัมบุตรหรือเชื้อชาติมอญมาสร้างเมืองนี้ขึ้นในพื้นที่ระหว่างแม่น้ำสองสายคือ แม่น้ำกวงและแม่น้ำปิง เมื่อสร้างเสร็จได้ส่งทูตไปเชิญราชธิดาภษัตริย์ เมืองละโว้พระนาม “จามเทวี” มาเป็นปฐมกษัตริย์ปกครองเมืองหริภุญไชยสืบราชวงศ์ภษัตริย์ ต่อมาหลายพระองค์จนกระทั่งถึงสมัยพระยาธิบยา จึงได้เสียการปกครองให้แก่พ่อขุนเม็งรายมหาราชผู้รวบรวมแคว้นทางเหนือเข้าเป็นอาณาจักรล้านนา เมืองลำพูน ถึงแม้ว่าจะตกอยู่ในการปกครองของอาณาจักรล้านนา แต่ก็ได้ถ่ายทอดมรดกทางศิลปะและวัฒนธรรมให้ผู้ที่เข้ามาปกครองเมืองลำพูน จึงยังคงความสำคัญในทางศิลปะและวัฒนธรรมของอาณาจักรล้านนา จนกระทั่งสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เมืองลำพูนได้เข้ามาอยู่ในอาณาจักรไทย มีผู้ครองนครสืบต่อกันมาจนถึงสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ ต่อมาภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. ๒๔๗๕ เมื่อเจ้าผู้ครองนครองค์สุดท้าย คือ พลตรีเจ้าจักรคำขจรศักดิ์และเมื่อเจ้าจักรคำขจรศักดิ์ถึงแก่พิราลัย เมืองลำพูนจึงเปลี่ยนแปลงเป็นจังหวัดลำพูนมีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นผู้ปกครองสืบต่อกันมาจนกระทั่งปัจจุบัน

ที่ตั้ง

จังหวัดลำพูน ตั้งอยู่ทางภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ซึ่งเป็นกลุ่มพื้นที่ที่มีศักยภาพที่สามารถจะใช้เป็นศูนย์กลางความเจริญ ของพื้นที่สี่เหลี่ยมเศรษฐกิจในอนาคต อยู่ห่างจากกรุงเทพฯ ๖๘๙ กิโลเมตร โดยทางรถยนต์และ ๗๒๙ กิโลเมตร โดยทางรถไฟ

ขนาด

จังหวัดลำพูน เป็นจังหวัดที่มีขนาดเล็กที่สุดของภาคเหนือมีพื้นที่ทั้งหมด ๔,๕๐๕.๐๘ ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ ๒,๘๑๕,๖๗๕ ไร่ คิดเป็นร้อยละ ๔.๘๕ ของพื้นที่ภาคเหนือตอนบน บริเวณที่กว้างที่สุด ๔๓ กิโลเมตร และยาวจากเหนือจดใต้ ๑๓๖ กิโลเมตร

อาณาเขต มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอสารภี อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง และอำเภอสามเงา จังหวัดตาก
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อำเภอห้างฉัตร อำเภอสบปราบและอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภอฮอด อำเภอจอมทอง อำเภอหางดงและอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

◇ ข้อมูลทั่วไปจังหวัดลำพูน (ต่อ)

ประชากรและการเปลี่ยนแปลงทางประชากร

จังหวัดลำพูนปัจจุบันมีประชากร จำนวน ๔๐๔,๖๙๓ คน เป็นเพศชาย ๑๙๗,๒๗๘ คน เพศหญิง ๒๐๗,๔๑๕ คน ความหนาแน่นของประชากร โดยเฉลี่ยเท่ากับ ๘๙.๘๑ คน ต่อพื้นที่ ๑ ตร.กม. อัตราการเกิด เท่ากับ ๘.๔๕ ต่อพันประชากร อัตราตาย เท่ากับ ๙.๔๑ ต่อพันประชากร อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ เท่ากับ ร้อยละ -๐.๐๐๙ อยู่ในเกณฑ์ต่ำ

คำขวัญของจังหวัด

พระธาตุเด่น พระรอดขลัง
ลำไยดัง กระเทียมดี
ระเพณีนาม จามเทวี ศรีหริภุญไชย

การปกครอง

จังหวัดลำพูน แบ่งเขตการปกครองออกเป็น ๘ อำเภอ ๕๑ ตำบล ๕๗๕ หมู่บ้าน ๑ องค์การบริหารส่วนจังหวัด ๑ เทศบาลเมือง ๓๙ เทศบาลตำบล ๑๗ องค์การบริหารส่วนตำบล

การบริหารราชการ

จังหวัดลำพูนมีหน่วยราชการต่าง ๆ ที่บริหารราชการในพื้นที่ ประกอบด้วยหน่วยงานการบริหารราชการส่วนกลางที่มาปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ จังหวัดลำพูน รวมทั้งสิ้น ๓๓ หน่วยงาน หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ ๑๑ หน่วยงาน หน่วยงานการบริหารราชการส่วนภูมิภาค เป็นส่วนราชการประจำจังหวัด ซึ่งกระทรวงทบวงกรมต่าง ๆ ได้ส่งมาปฏิบัติราชการ ในจังหวัด รวมทั้งสิ้น ๓๒ หน่วยงาน หน่วยงานการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด ๑ แห่ง เทศบาลเมืองลำพูน ๑ แห่ง เทศบาลตำบล ๓๙ แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล ๑๗ แห่ง

การเมือง

ปัจจุบันการดำเนินการเกี่ยวกับการเลือกตั้งตามรัฐธรรมนูญ ปีพ.ศ. ๒๕๕๐ กฎหมายได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ของคณะกรรมการการเลือกตั้ง ซึ่งได้มีการออกข้อกำหนดของคณะกรรมการการเลือกตั้งจัดให้มีการแบ่งเขตเลือกตั้งใหม่ จากเดิมจังหวัดลำพูนมีเขตเลือกตั้งเดียว โดยใช้พื้นที่จังหวัดทั้งหมดเป็นเขตเลือกตั้ง ปัจจุบันได้แบ่งเขตเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ออกเป็น ๒ เขต แต่ละเขตมีสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรได้เขตละ ๑ คน มีผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการเลือกตั้ง คือคณะกรรมการการเลือกตั้งประจำจังหวัดลำพูน จำนวน ๕ คน ซึ่งมีสำนักงานตั้งอยู่ ณ ศาลาประชาคมจังหวัดลำพูน โดยมีพื้นที่ในแต่ละเขต ดังนี้

เขตเลือกตั้งที่ ๑ อำเภอเมืองลำพูน, อำเภอแม่ทา, อำเภอบ้านธิ

เขตเลือกตั้งที่ ๒ อำเภอป่าซาง, อำเภอบ้านโฮ่ง, อำเภอทุ่งหัวช้าง, อำเภอลี้, อำเภอเวียงหนองล่อง

ที่มา : กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานจังหวัดลำพูน

[Online] http://www.lamphun.go.th/officialwebsite/๒๐๑๓/?page_id=๔๘

◇ ส่วนที่ ๒ ข้อมูลทั่วไปขององค์กร

ความเป็นมา วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเข็มมุ่ง

โรงพยาบาลลำพูนเปิดให้บริการอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๗ โดยได้รับงบประมาณจากกรมการแพทย์ และการบริจาคที่ดินของตระกูล โนนานนท์ มีพื้นที่รวม ๓๗ ไร่ โดยเริ่มแรกมีจำนวน ๑๐ เตียง มีแพทย์ ๒ คน เภสัช ๑ คน พยาบาล ๕ คน เรือนพักคนไข้ ๑ หลัง และบ้านพักนายแพทย์ ๑ หลัง โดยมีนายแพทย์จำรูญ ศิริพันธ์ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลคนแรก ต่อมาได้มีการสร้างตึก และอาคารรักษาผู้ป่วย ปัจจุบันมีพื้นที่โดยประมาณ ๓๕ ไร่ ๒ งาน ๙๘ ตารางวา

ที่ตั้ง : เลขที่ ๑๗๗ หมู่ ๑๑ ตำบลต้นธง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ๕๑๐๐๐

ติดต่อ : โทรศัพท์ ๐๕๓-๕๖๙๑๐๐ โทรสาร ๐๕๓-๕๖๙๑๒๓ , E-mail address: mail@lph.go.th

วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลลำพูน : โรงพยาบาลคุณภาพคู่ใจประชาชน

คุณค่าร่วม (Values chain) :	Mastery	เป็นนายตนเอง
	Originality	เร่งสร้างสิ่งใหม่
	People centered approach	ใส่ใจประชาชน
	Humility	อ่อนน้อมถ่อมตน

พันธกิจ : ๑. ให้บริการสุขภาพ ด้านการรักษา พินฟู ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีคุณภาพ และได้มาตรฐาน

๒. มุ่งมั่นให้บริการด้วยความใส่ใจ เอื้ออาทรและคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

๓. มีศักยภาพในการเป็นสถาบันการศึกษาและฝึกอบรมทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุขทุกวิชาชีพ

อัตลักษณ์โรงพยาบาลคุณธรรม : โรงพยาบาลคุณธรรม วัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นองค์กรแห่งความสุข

เข็มมุ่ง : IDENTIFICATION, CPR

ยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์

โรงพยาบาลลำพูน มีประเด็นยุทธศาสตร์ ๔ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ ที่ ๑ โรงพยาบาลตติยภูมิที่มีการเชื่อมโยงทุติยภูมิ และปฐมภูมิที่ให้บริการแบบองค์รวม โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ยุทธศาสตร์ ที่ ๒ ผู้ให้และผู้รับบริการมีความปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ ที่ ๓ เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหาร จัดการและพัฒนาด้านทรัพยากร บุคคลเพื่อให้บริการเพียงพอ เก่ง ดี มีความสุข

ยุทธศาสตร์ ที่ ๔ เพิ่มประสิทธิภาพทุกระบบ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

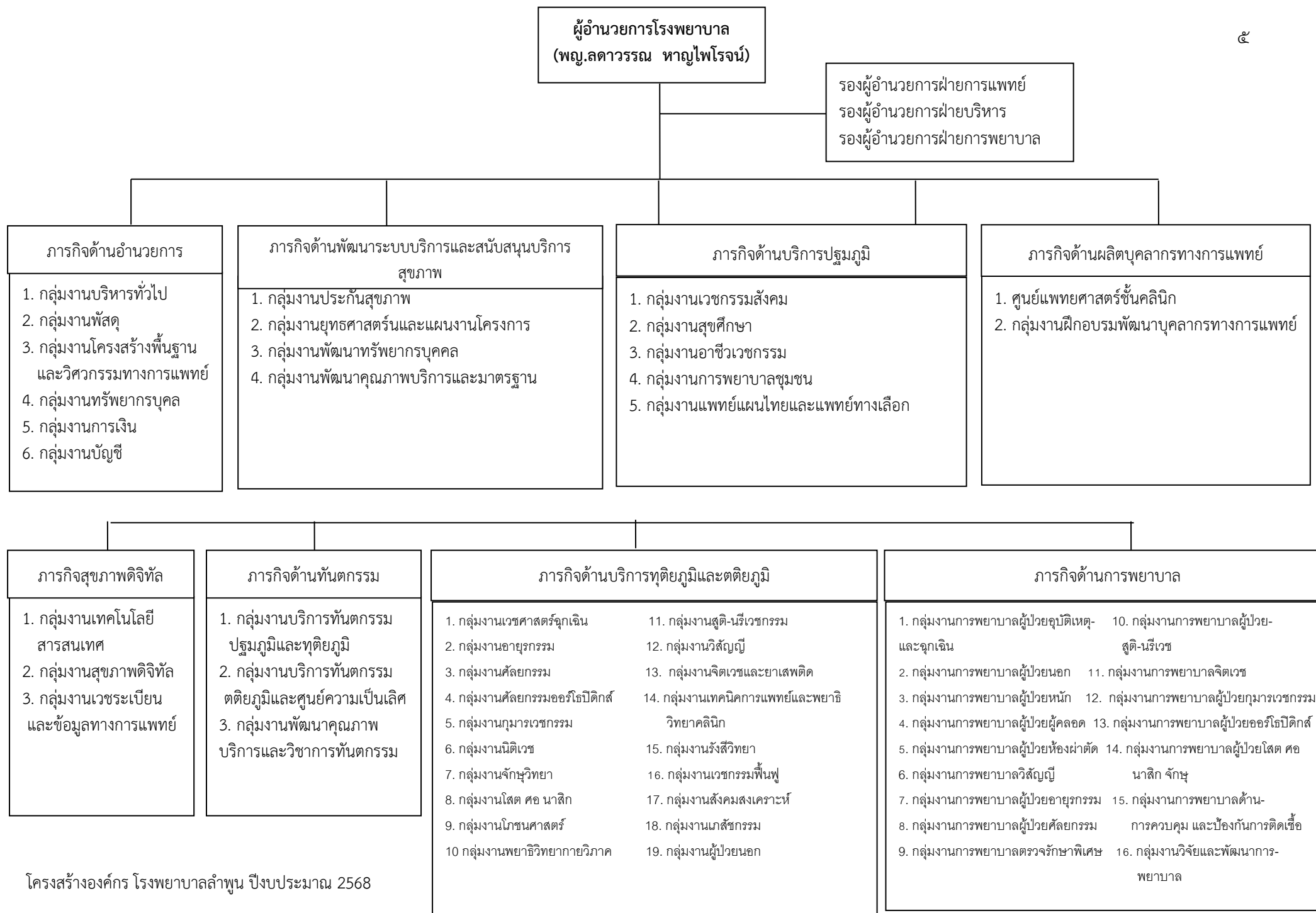
◆ ส่วนที่ ๒ ข้อมูลทั่วไปขององค์กร(ต่อ)

เป้าประสงค์ (GOAL)

๑. CMI ๑.๘
๒. ลดการแออัด
๓. ประสิทธิภาพการดูแลตามรายโรคที่สำคัญ
๔. พัฒนาระบบสุขภาพ บริการปฐมภูมิ
๕. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ
๖. เพิ่มการรายงานความเสี่ยง
๗. เพิ่มความครอบคลุมและคุณภาพของการทบทวน RCA
๘. อุบัติการณ์ตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป ไม่เกิดซ้ำ
๙. มีการบริหารจัดการกำลังคน ให้มีประสิทธิภาพและเพียงพอ
๑๐. พัฒนาศักยภาพด้านดิจิทัลด้านวิชาชีพ และมีสมรรถนะด้านอื่นๆ
๑๑. บุคลากรมีความสุขและผูกพันกับองค์กร
๑๒. สถานที่ สิ่งแวดล้อม และระบบสาธารณูปโภค สะอาด ได้มาตรฐาน เพียงพอ ปลอดภัยและเอื้อต่อการเรียนรู้และเยียวยา
๑๓. มีสภาพคล่องทางการเงินเพียงพอ เวชระเบียนมีคุณภาพ และเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย
๑๔. Smart Hospital
๑๕. มีการนำข้อมูลจากระบบสารสนเทศมาใช้ประโยชน์
๑๖. มีการใช้ระบบ Lean มาทำให้ระบบ งานมีประสิทธิภาพ
๑๗. มีระบบการจัดการและควบคุมเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาลลำพูนที่มีประสิทธิภาพ
๑๘. พัฒนาระบบธรรมาภิบาล
๑๙. เตรียมรองรับการเป็นศูนย์แพทย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ในปี ๒๕๖๗

ที่มา : โรงพยาบาลลำพูน

[Online] <http://www.lpn.go.th>



◆ ข้อมูลทั่วไปขององค์กร(ต่อ)

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๘ มีดังนี้

๑	นางลดาวรรณ	หาญไพโรจน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน
๒			รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร/หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ
๓	นางศรีวรรณ	เรืองวัฒนา	ปฏิบัติหน้าที่แทนรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล /หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล
๔	นายสาริกซ์	พรหมมาร์ตน์	หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ/หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม
๕	นางสาวจุฑามาศ	สมชาติ	หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ/ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านทรัพยากรบุคคล
๖	นายสุรัชย์	จิระประภากร	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านบริการด้านหน้า /หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
๗	นายบารมี	บุญเลิศ	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการเงินการคลัง /ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก /หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก
๘	นางจันทรทิพย์	จิตรงค์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านสื่อสารองค์กรและกิจกรรมสัมพันธ์
๙	นายธีรพงษ์	ตติยพรกุล	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านสารสนเทศ/หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีฯ
๑๐	นางอัญชนา	มหาเทพ	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านความเสี่ยง /หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา
๑๑	นางรุจิรัตน์	โกศลศศิธร	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัสดุ/หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม
๑๒	นายภูมรินทร์	สุรินทร์แก้ว	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านโกล่เกลี่ยและรับเรื่องร้องเรียน
๑๓	นายกรินทร์	ภักดี	องค์กรแพทย์ /หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม
๑๔	นายณัฐพล	ทิเชียน	หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
๑๕	นายณัฐวิทย์	คหวัฒน์ธรางกูร	หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม
๑๖	นายอุกฤษฏ์	สุขเกษม	หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม
๑๗	นายปิยะ	ดุรงค์เดช	หัวหน้ากลุ่มงานนิติเวช
๑๘	นายอภิรัฐ	เนติพงศ์ไพโรจน์	หัวหน้ากลุ่มงานจักษุวิทยา
๑๙	นางชุตินา	จันทร์ระเปารยะ	หัวหน้ากลุ่มงานโสต คอ นาสสิก
๒๐	นางนิลบล	ปลุกพันธ์	หัวหน้ากลุ่มงานโภชนศาสตร์
๒๑	นางสาวกนกวรรณ	ใจพิงค์	หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก/ หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค
๒๒	นางสาวออร์ปบุญ	ภาวะกุล	หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
๒๓	นางธันนดา	ใจโต	หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม
๒๔	นางสาวสุภารัตน์	พัฒนรังสรรค์	หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

❖ ข้อมูลทั่วไปขององค์กร(ต่อ)

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๗ (ต่อ)

๒๕	นางสาวฐิติกา	วโรภาส	หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา
๒๖	นางสุจิตา	บุญตัน	หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
๒๗	นางศรีวรรณ	เรืองวัฒนา	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๒๘	นางศิริโสภา	คำเครือ	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด
๒๙	นางผ่องพรรณ	พิงคะสัน	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด
๓๐	นางสาวดวงกมล	เฉลิมวงศ์	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี
๓๑	นางวัชรภรณ์	เชษฐบุรี	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม
๓๒	นางทองเหรียญ	มูลชีพ	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช
๓๓	นางทับทิม	เดชจรรยา	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช
๓๔	นางอัญชลี	ศรีสุตา	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
๓๕	นางแสงเดือน	ศิริ	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์
๓๖	นางมาลีวรรณ	เกษตรทัต	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
๓๗	นางวัฒนาพร	คำกัน	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๓๘	นายสมมิตร	ผั่นตะ	หัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษา
๓๙	นางกรรณิกา	วินาพา	หัวหน้ากลุ่มงานอาชีพเวชกรรม
๔๐	นายโกคิน	ศักรินทร์กุล	หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๔๑	นายสุนทร	เนียมหวาน	หัวหน้ากลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์
๔๒	นางสาวมัทนีย์พร	ขันคำกาศ	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
๔๓	นางชนิษฐา	สุขเสริม	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
๔๔	นายณัฐพงศ์	วงศ์เจริญกิจ	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศูนย์พยาบาลบุคคล
๔๕	นางสาวทัศนีย์	ศรีสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน
๔๖	นางสุมาลี	แปงใจ	หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุ
๔๗	นายสาคร	เกตศักดิ์	หัวหน้ากลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์
๔๘	นายภฤตธน	บวรศักดิ์ยุต	หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
๔๙	นางสาวนภาพร	สังข์สม	หัวหน้ากลุ่มงานการเงิน
๕๐			หัวหน้ากลุ่มงานบัญชี
๕๑			หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

ที่มา : งานเลขานุการ กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

◇ ข้อมูลทั่วไปขององค์กร(ต่อ)

จำนวนบุคลากรแยกตามประเภทบุคลากรและสายงาน

ข้อมูลอัตรากำลัง โรงพยาบาลลำพูน ณ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๘

ตำแหน่ง-FTE	กรอบ ๖๘N	ขรก.	ลจ.ปจ.	พรก.	พกส.	ลจ. ชค.	รวม	-เกิน/+ ขาด	ร้อยละ (ขาด)
นายแพทย์	๑๗๖	๙๗				๓	๑๐๐	๗๖	๔๓.๑๘
ทันตแพทย์	๒๑	๑๘					๑๘	๓	๑๔.๒๙
เภสัชกร	๔๓	๓๑		๑	๑		๓๓	๑๐	๒๓.๒๖
พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค	๖๓๙	๔๒๔			๓๖	๘	๔๖๘	๑๗๑	๒๖.๗๖
นักกายภาพบำบัด/เจ้าพนักงาน เวชกรรมฟื้นฟู	๑๙	๑๓					๑๓	๖	๓๑.๕๘
นักเทคนิคการแพทย์/ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/เจ้า พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	๔๑	๒๖			๑		๒๗	๑๔	๓๔.๑๕
นักรังสีการแพทย์/นักรังสี การแพทย์ (รังสีรักษา)/นักรังสี การแพทย์(เวชศาสตร์นิวเคลียร์)/ เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์/ นักฟิสิกส์การแพทย์	๑๐	๑๐					๑๐	๐	-
นักกิจกรรมบำบัด/เจ้าพนักงาน อาชีวบำบัด	๔	๔					๔	๐	-
นักกายอุปกรณ์	๑	๑					๑	๐	-
ช่างกายอุปกรณ์	๓			๑	๑		๒	๑	๓๓.๓๓
นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา	๖	๔					๔	๒	๓๓.๓๓
นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก	๒	๑					๑	๑	๕๐.๐๐
นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย/ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ การแพทย์ (วุฒิ ป.วิทยาศาสตร์ การแพทย์ สาขาความผิดปกติ ของการสื่อสารความหมาย)	๒	๑					๑	๑	๕๐.๐๐
นักสังคมสงเคราะห์	๖	๒			๑		๓	๓	๕๐.๐๐
แพทย์แผนไทย/เจ้าพนักงาน สาธารณสุข (อายุรเวท)	๑๔	๓					๓	๑๑	๗๘.๕๗
นักนิติวิทยาศาสตร์/ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/เจ้า พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ (สาขาพยาธิวิทยา และสาขาเซลล์ วิทยา)	๔					๑	๑	๓	๗๕.๐๐
นักโภชนาการ/นักกำหนด อาหาร/โภชนาการ	๕	๒		๑			๓	๒	๔๐.๐๐

ตำแหน่ง-FTE	กรอบ ๖๘N	ขรก.	ลจ.ปจ.	พรก.	พกส.	ลจ. ชค.	รวม	-เกิน/+ ขาด	ร้อยละ (ขาด)
นักวิชาการสาธารณสุข (เวช สถิติ)/เจ้าพนักงานเวชสถิติ	๘	๓			๒		๕	๓	๓๗.๕๐
นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจ ฉุกเฉิน)/เจ้าพนักงานเวชกิจ ฉุกเฉิน/นักวิชาการสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน)	๑๔	๕			๓	๑	๙	๕	๓๕.๗๑
นักวิชาการโสตทัศนศึกษา/เจ้า พนักงานโสตทัศนศึกษา	๕	๒			๒		๔	๑	๒๐.๐๐
ช่างภาพการแพทย์	๑	๑					๑	๐	-
นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้า พนักงานสาธารณสุข/นัก สาธารณสุข	๗๔	๑๗			๕	๘	๓๐	๔๔	๕๙.๔๖
นักวิชาการสาธารณสุข (ทันต สาธารณสุข)/เจ้าพนักงานทันต สาธารณสุข	๘	๓					๓	๕	๖๒.๕๐
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	๓๐	๑๗			๗		๒๔	๖	๒๐.๐๐
ช่างทันตกรรม	๑	๑					๑	๐	-
ผู้ช่วยพยาบาล	๑๐๐			๔	๕๙	๒๗	๙๐	๑๐	๑๐.๐๐
นักทัศนมาตร	๑						๐	๑	๑๐๐.๐๐
นักจัดการงานทั่วไป	๘	๒		๓	๑		๖	๒	๒๕.๐๐
นิติกร	๒	๑		๑			๒	๐	-
เจ้าพนักงานธุรการ	๓๕	๓		๖	๑๑	๒	๒๒	๑๓	๓๗.๑๔
นายช่างเทคนิค	๑๙	๑		๔	๘	๒	๑๕	๔	๒๑.๐๕
นายช่างศิลป์	๐						๐	๐	-
นักประชาสัมพันธ์	๔			๑	๓		๔	๐	-
เจ้าพนักงานเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์	๑				๑		๑	๐	-
นักวิชาการพัสดุ	๖	๑		๔			๕	๑	๑๖.๖๗
เจ้าพนักงานพัสดุ	๑๒	๑		๑	๘	๑	๑๑	๑	๘.๓๓
วิศวกร/วิศวกรเครื่องกล/วิศวกร ไฟฟ้า/วิศวกรโยธา/วิศวกร (ชีว การแพทย์)	๔			๑			๑	๓	๗๕.๐๐
นักทรัพยากรบุคคล	๗	๑		๔	๑		๖	๑	๑๔.๒๙
นักวิชาการเงินและบัญชี	๑๑	๒		๗	๑	๓	๑๓	-๒	- ๑๘.๑๘
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	๒๗	๒		๒	๑๑	๓	๑๘	๙	๓๓.๓๓
นักวิชาการคอมพิวเตอร์	๙	๕					๕	๔	๔๔.๔๔
นักวิชาการสถิติ	๒			๑	๑		๒	๐	-
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	๓			๑	๑		๒	๑	๓๓.๓๓

ตำแหน่ง-FTE	กรอบ ๖๘N	ขรก.	ลจ.ปจ.	พรก.	พกส.	ลจ. ชค.	รวม	-เกิน/+ ขาด	ร้อยละ (ขาด)
บรรณารักษ์/เจ้าพนักงาน ห้องสมุด	๑	๑					๑	๐	-
นักเทคโนโลยีสารสนเทศ	๑						๐	๑	๑๐๐.๐๐
สายสนับสนุนวิชาชีพ	๕๐๐		๑๑	๑	๒๘๙	๒๘	๓๒๙	๑๗๑	๓๔.๒๐
สายสนับสนุน Back Office	๗๗		๓		๕๖	๔	๖๓	๑๔	๑๘.๑๘

ที่มา : งานเจ้าหน้าที่ กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

◆ ส่วนที่ ๓ กิจกรรมและการให้บริการ

งานบริการผู้ป่วยนอก

งานผู้ป่วยนอกให้บริการผู้ป่วยนอกทุกระบบอย่างมีคุณภาพ ด้วยมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข งานบริการผู้ป่วยนอกให้บริการตรวจรักษา ดังนี้

หน่วยงาน/ห้องตรวจ	รหัส ห้องตรวจ	วัน	เวลาทำการ	แพทย์ผู้ตรวจ
ห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป	๐๐๐	จันทร์ – ศุกร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	ตามตารางเวรแพทย์
		จันทร์ – ศุกร์ ยกเว้นพฤษภาคม	๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น.	พญ.อัจฉรา จันทรานิมิตร
		อังคาร ,พฤษภาคม	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.นวลอนงค์ ลือกำลัง
ห้องตรวจอายุรกรรมนัด	๐๑๗	จันทร์	๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.ตุลาพร อินทนิเวศน์ นพ.อัศนัย กิติปัญญาารคุณ
			๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.กมลพรรณ จันทรอินทร์
		อังคาร	๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.กมลพรรณ จันทรอินทร์ พญ.สุชาดา สังเพ็ชร
		พุธ	๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.เยาวลักษณ์ ช่างรัตนกร นพ.อิสริยพงศ์ โกฏิกุล
		พฤหัสบดี	๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.พรทิพา อภิวัฒนากร นพ.นพรัตน์ วิบูลย์สันติ
		ศุกร์	๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	นพ.อัศนัย กิติปัญญาารคุณ นพ.ภูมิพัฒน์ โล่ห์สุริยะ นพ.กิตติชัย เอ้าย
ห้องตรวจระบบทางเดิน อาหาร	๐๖๕	พฤหัสบดี	๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.พรทิพา อภิวัฒนากร นพ.อิสริยพงศ์ โกฏิกุล
ห้องตรวจกระดูกและข้อ	๐๘๒	จันทร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.ธีรชัย เพิ่มพานิช
			๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น.	นพ.นรินทร์ โกกาธรรม
			๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น.	นพ.ชูชาติ ชันทยาภรณ์
		อังคาร	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.สุรัช จีระประภากร
			๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.สุเชษฐ รุณรักษา
			๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น.	นพ.วิฑิต โพธิ์ทอง
			๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	นพ.ภควัต วังทะพันธ์
		พุธ	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.ศุภโชค นิเวศน์เจริญไพศาล
			๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.คมเข้ม แก้วบัวดี
			๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น.	นพ.ธีรชัย เพิ่มพานิช
			๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	นพ.ชูชาติ ชันทยาภรณ์
		พฤหัสบดี	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.นรินทร์ โกกาธรรม
			๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น.	นพ.สุเชษฐ รุณรักษา
			๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	นพ.ชูชาติ ชันทยาภรณ์

หน่วยงาน/ห้องตรวจ	รหัส ห้องตรวจ	วัน	เวลาทำการ	แพทย์ผู้ตรวจ
		ศุกร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.วิฑิต โพธิ์ทอง
			๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.ภควัต วังทะพันธ์
			๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น.	นพ.สุโขต นิเวศน์เจริญไพศาล
			๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น.	นพ. สุรัชย์ จิระประภากร
		เฉพาะ wk ที่ ๒,๔ของเดือน	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.นรินทร์ โกกาธรรมชาติ
ห้องตรวจตา	๑๕๒	จันทร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.จิรวรรณ รุจิเวชพงศธร
			๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.พชรวรรณ ฉัตรร่มเย็น (ต้อหิน)
	๑๕๒	อังคาร	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.ภูวดล สุรีย์พงษ์ (ต้อหิน)
			๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	นพ.อภิรัฐ เนติพงศ์ไพโรจน์ (ประสาทจักษุ)
	๑๕๒	พุธ	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	แพทย์เวร
	๑๕๒๑		๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	แพทย์ส่งยา Telemedicine
	๑๕๒	พฤหัสบดี	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.พชรวรรณ ฉัตรร่มเย็น (ต้อหิน)
			๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.จิรวรรณ รุจิเวชพงศธร
	๑๕๒	ศุกร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.อภิรัฐ เนติพงศ์ไพโรจน์ (ประสาทจักษุ)
			๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	นพ.ภูวดล สุรีย์พงษ์ (ต้อหิน)
คลินิกนรีเวช	๐๔๑	จันทร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	สูติ-นรีแพทย์ตารางเวร
คัดกรองดาวน์ (NIPP)	๐๓๔		๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น.	สูติ-นรีแพทย์ตารางเวร
มะเร็งนรีเวช	๐๔๗		๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น.	พญ.ชลิตา กิ่งเนตร (แพทย์มะเร็งนรีเวช)
ส่งเสริมการมีบุตร	๐๔๓		๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.จันทร์ทิพย์ จิตรวงศ์
คลินิกฝากครรภ์&วางแผน ครอบครัว	๐๓๑	อังคาร	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	สูติ-นรีแพทย์ตารางเวร
คลินิกใส่ห่วงพยางค์ช่อง คลอด (เฉพาะนัดจาก พยาบาลนรีเวชเท่านั้น)	๐๔๑		๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.สาธิตี ชัยธนวงศ์
คลินิกฝากครรภ์&วางแผน ครอบครัว	๐๓๑	พุธ	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	สูติ-นรีแพทย์ตารางเวร
คลินิกเพื่อนใจ (เฉพาะนัด จาก พยาบาลนรีเวช เท่านั้น) ถ้ามี walk in → ส่ง ๐๓๑ ก่อน	๐๔๑		๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.กรกช จิระประภากร
มะเร็งนรีเวช	๐๔๗		๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น.	พญ.ชลิตา กิ่งเนตร (แพทย์มะเร็งนรีเวช)

หน่วยงาน/ห้องตรวจ	รหัส ห้องตรวจ	วัน	เวลาทำการ	แพทย์ผู้ตรวจ
คลินิกฝากครรภ์&วางแผน ครอบครัว	๐๓๑	พฤษหัตถ์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	สุติ-นรีแพทย์ดารารังเวร
คลินิกส่องกล้องดูปาก มดลูก (colpo)	๐๔๕		๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.ชลิตา กิ่งเนตร (แพทย์มะเร็งนรีเวช)
คลินิกนรีเวช	๐๔๑	ศุภร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	สุติ-นรีแพทย์ดารารังเวร
มะเร็งนรีเวช	๐๔๗		๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.ชลิตา กิ่งเนตร (แพทย์มะเร็งนรีเวช)
คลินิกเด็ก	๐๒๖	จันทร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.แสงระวี จูห้อง
คลินิกโรคปอดเด็ก	๐๒๖๒		๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	พญ.เมธานี กาญจนานา
คลินิกเด็ก	๐๒๖	อังคาร	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.หทัยพร ตั้งวิจิตรสกุล
คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ	๐๕๒๑		๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	
คลินิกเด็ก	๐๒๖	พุธ	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.หทัยพร ตั้งวิจิตรสกุล
คลินิกARVเด็ก โครงการ HEART	๐๕๒๑		๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	พญ.แสงระวี จูห้อง
คลินิกเด็ก	๐๒๖	พฤษหัตถ์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.รุจิรัตน์ โกศลศิริ
คลินิก HIGH RISK NB	๐๕๓		๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	พญ.กนิษฐา กลิ่นราตรี นพ.ณัฐกร วงศ์สุรินทร์
คลินิกเด็ก	๐๒๖	ศุภร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.กนิษฐา กลิ่นราตรี นพ.ณัฐกร วงศ์สุรินทร์
คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ	๐๕๒๑		๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	
ห้องตรวจคัดกรองทั่วไป	๐๒๖	จันทร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.ศศิวิมล เทพจักร นพ.ธนกันต์ กันทะวันนา
		อังคาร	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.ธนันธร ภครินทร์กุล พญ.สุทิตยา อินทวนิช
		พุธ	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.อุกฤษฏ์ สุขเกษม นพ.วาทัญญู อภิรมย์รักษ์
ห้องตรวจคัดกรองทั่วไป	๐๒๖	พฤษหัตถ์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.ภวิศ หาญพานิชเจริญ นพ.ภาณุพงษ์ ไหมคำ
			๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.วิวัฒน์ ยิ้มโกศล
		ศุภร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	ตามตารางเวรแพทย์
ห้องตรวจคลินิกมะเร็ง	๐๘๕	ศุภร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	ตามตารางเวรแพทย์
ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู	๑๔๕	จันทร์ - ศุภร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.สุจิตา บุญตัน
ห้องสลายนิ่ว	๐๓๘	จันทร์ - ศุภร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.ไชยรักษ์ เดชพุทธรังษี นพ.จตุชาติ ชูติพงศ์สถาพร
ห้องตรวจคัดกรองระบบ ทางเดินปัสสาวะ	๐๒๑	จันทร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.จตุชาติ ชูติพงศ์สถาพร
		อังคาร	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.ไชยรักษ์ เดชพุทธรังษี
		พฤษหัตถ์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	นพ.ไชยรักษ์ เดชพุทธรังษี นพ.จตุชาติ ชูติพงศ์สถาพร

หน่วยงาน/ห้องตรวจ	รหัส ห้องตรวจ	วัน	เวลาทำการ	แพทย์ผู้ตรวจ
ห้องตรวจศัลยกรรมระบบ ประสาท	๐๒๒	จันทร์	๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	นพ.คณิน รัตนนิชกุล
		อังคาร	๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	นพ.เชมชาติ อัจฉรัตนกุล
		ศุกร์	๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	นพ.ธีรภัทร แดงศรี
ห้องตรวจศัลยกรรม ตบแต่ง	๐๖๖	พุธ	๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.ภคินันท์ สามิบัติ
ห้องตรวจศัลยกรรมเด็ก	๐๒๗๑	พุธ	๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	นพ.ปฏิพล ไชยมาลา
ห้องตรวจหู คอ จมูก	๑๕๓	จันทร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.ชุติมา จันทระเประยะ
			๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.ธิดารัตน์ โบว์วงศ์ ประเสริฐ
			๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.ธิดารัตน์ โบว์วงศ์ ประเสริฐ
		อังคาร	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.ธิดารัตน์ โบว์วงศ์ ประเสริฐ
			๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.อรณิชา ญาริสราพันธ์
		พุธ	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.อรณิชา ญาริสราพันธ์
			๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.ชุติมา จันทระเประยะ
		พฤหัสบดี	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.ชุติมา จันทระเประยะ
			๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.ธิดารัตน์ โบว์วงศ์ ประเสริฐ
		ศุกร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.อรณิชา ญาริสราพันธ์
			๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.ธิดารัตน์ โบว์วงศ์ ประเสริฐ
		จันทร์ - ศุกร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	ตามตารางเวรแพทย์
			๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	ตามตารางเวรแพทย์
ห้องตรวจผู้สูงอายุ	๐๖๕	พฤหัสบดี	๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.อัจฉรา จันทรานิมิต
ห้องเวชศาสตร์ฟื้นฟู	๑๔๕	จันทร์ - ศุกร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.สุธิดา บุญตัน
ห้องตรวจประกันสังคม และเบิกได้	๐๐๔	จันทร์ - ศุกร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	โรคทั่วไป ตามตารางเวรแพทย์
		อังคาร	๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.	โรคทางศัลยกรรมกระดูกและ ข้อ ตามตารางเวรแพทย์
		พฤหัสบดี	๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.	โรคทางอายุรกรรมทั่วไป ตามตารางเวรแพทย์
		ศุกร์	๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.	โรคทางศัลยกรรมทั่วไป ตามตารางเวรแพทย์
คลินิกเบาหวานพิเศษ	๐๑๓๑	จันทร์	๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	แพทย์อายุรกรรมตามตาราง เวร
คลินิก Parkinson wk ๑,๒	๐๑๖๑		๐๙.๐๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.สุชาดา สังเพ็ชร
คลินิก Headache/Migrain/ Epilepsy wk ๓	๐๑๖๓		๐๙.๐๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.สุชาดา สังเพ็ชร

หน่วยงาน/ห้องตรวจ	รหัส ห้องตรวจ	วัน	เวลาทำการ	แพทย์ผู้ตรวจ
คลินิก Dementia wk ๔	๐๑๖๔		๐๙.๐๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.สุชาดา สังเพ็ชร
คลินิกไวรัสตับอักเสบ	๐๕๙		๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.พรทิพา อภิวัฒนากร นพ.อิสริยพงศ์ โกฏิกุล
คลินิกเบาหวาน	๐๓๑	อังคาร	๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	แพทย์อายุรกรรมตามตารางเวร
คลินิกไตเรื้อรัง	๐๒๘๑	พุธ	๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	นพ.นพรัตน์ วิบูลย์สันติ นพ.อัชนัย กิติปัญญาวารคุณ พญ.กมลพรรณ จันทร์อินทร์
คลินิกโรคหัวใจ	๐๑๕๓		๐๙.๐๐-๑๒.๓๐ น.	นพ.ธีรภัทร ศรีตะวรรณ นพ.พงศกร สุตินภาศ
คลินิกอายุรกรรมระบบ ประสาท	๐๑๕๔		๐๙.๐๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.สุชาดา สังเพ็ชร
ห้องตรวจ EEG	๐๑๖๕		๐๙.๐๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.สุชาดา สังเพ็ชร
คลินิกความดันโลหิตสูง	๐๑๕		๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	แพทย์อายุรกรรมตามตารางเวร
คลินิก Warfarin	๐๑๕๑	พฤหัสบดี	๐๙.๐๐-๑๒.๓๐ น.	นพ.ธีรภัทร ศรีตะวรรณ นพ.พงศกร สุตินภาศ
คลินิก Stroke	๐๑๕๙		๐๙.๐๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.สุชาดา สังเพ็ชร
คลินิกความดันโลหิตสูง	๐๑๕		๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	แพทย์อายุรกรรมตามตารางเวร
คลินิก Botulinum wk๒	๐๑๖๒	ศุกร์	๐๙.๐๐-๑๒.๓๐ น.	พญ.สุชาดา สังเพ็ชร
คลินิกโรคติดเชื้อ	๐๑๑๑		๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	นพ.วรวิทย์ วรวิทย์วิทยา
คลินิกวัณโรค	๐๑๑	จันทร์	๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.นวลอนงค์ ลือกำลัง นพ.วรวิทย์ วรวิทย์วิทยา
คลินิกโรคปอด	๐๓๖๑		อังคาร	นพ.กิตติชัย เออ้าย
คลินิก Sleep test	๐๗๒			นพ.ภูมิพัฒน์ ไส้สุริยะ
คลินิกโครงการสมุนไพรมะเร็ง	๐๒๓	พุธ	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.นวลอนงค์ ลือกำลัง นพ.วรวิทย์ วรวิทย์วิทยา
คลินิกโรคหอบหืดและ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๐๓๖	พฤหัสบดี	๐๘.๓๐-๑๒.๓๐ น.	นพ.กิตติชัย เออ้าย นพ.ภูมิพัฒน์ ไส้สุริยะ
คลินิกโครงการสมุนไพรมะเร็ง	๐๑๒	ศุกร์	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.	พญ.นวลอนงค์ ลือกำลัง นพ.วรวิทย์ วรวิทย์วิทยา

ที่มา : งานบริการผู้ป่วยนอก

◇ กิจกรรมและการให้บริการ

งานบริการผู้ป่วยใน

ให้บริการการพยาบาลที่ได้รับไว้รักษา ในหอผู้ป่วย โดยการให้การพยาบาลครอบคลุมและต่อเนื่องตลอด 24 ชม. ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ปฏิบัติกิจกรรมการรักษาตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอันตรายและภาวะแทรกซ้อน แก้ไขปัญหาที่เกิดจากภาวะการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งผู้ป่วยซึ่งมีปัญหาคือความเจ็บป่วยในระดับรุนแรงที่เสี่ยงต่อชีวิต โดยการเฝ้าระวัง วินิจฉัย และแก้ไขภาวะวิกฤต ใช้และปรับแต่งเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับปัญหาและสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานของผู้เจ็บป่วย ประกอบด้วยหอผู้ป่วยต่างๆ ดังนี้

หอผู้ป่วย	สถานที่	เตียงพิเศษ	เตียงสามัญ	รวม(เตียง)
หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง	ตึก 40 ปี ชั้น 2	0	40	40
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย	ตึก 40 ปี ชั้น 2	0	40	40
หอผู้ป่วยสงฆ์และศัลยกรรมทางเดินระบบปัสสาวะ	อาคารพระสุเมธฯ ชั้น 4	2 (สงฆ์)	สงฆ์=8 Uro=15	25
หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย	อาคารร่มเย็น ชั้น 2	8	35	43
หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง	อาคารร่มเย็น ชั้น 3	8	35	43
หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย	อาคารร่มเย็น ชั้น 1	3	37	40
ห้องแยกผู้ป่วยจิตเวช	อาคารร่มเย็น ชั้น 1	0	5	5
ศัลยกรรมกระดูกหญิงและเด็ก	ตึก 50 ปี ชั้น 2	5	30	35
หอผู้ป่วย สูติ-นรีเวช	ตึก 50 ปี ชั้น 3	5	25	30
	อาคารอเนกประสงค์	12	-	12
หอผู้ป่วยเด็ก	ตึก 50 ปี ชั้น 4	5	25	30
NS	ตึก 50 ปี ชั้น 5	0	5	5
พิเศษสงฆ์ 3	อาคารพระสุเมธฯ ชั้น 3	12	-	12
พิเศษร่มเย็น 5	อาคารร่มเย็น ชั้น 5	12	-	12
สงฆ์ 2	อาคารพระสุเมธฯ ชั้น 2	0	16	16
พิเศษร่มเย็น 4	อาคารร่มเย็น ชั้น 4	12	-	12
หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก	อาคารอเนกประสงค์ ชั้น 3	5	20	25
รวมเตียงทั้งหมด		89	336	425

หมายเหตุ* จำนวนเตียงเปิดให้บริการจริง 425 เตียง (ตามกรอบ 411เตียง)

ไม่รวม ICU Med1/ICU Med 2/ICU Med 3/ICU surg./NICU/LR

หอผู้ป่วย	สถานที่	เตียงพิเศษ	เตียงสามัญ	รวม(เตียง)
หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม1 (ICU1)	ตึก 40 ปี ^{ชั้น} 1		12	12
หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม2 (ICU2)	อาคารพระสุเมธา ^{ชั้น} 1		12	12
หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม3 (ICU3)	ตึก 40 ปี ^{ชั้น} 2		16	16
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและอุบัติเหตุ (ICU Surg.)	ตึก 60 ปี ^{ชั้น} 3		16	16
NICU	ตึก 50 ปี ^{ชั้น} 5		6	6
PICU	ตึก 50 ปี ^{ชั้น} 5		6	6
LR**	ตึก 50 ปี ^{ชั้น} 1		4	4

หมายเหตุ** ห้องคลอด(เตียงคลอด=4 เตียง/รอกคลอด=11 เตียง)

ที่มา : สำนักงานการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล

◆ จำนวนการให้บริการที่สำคัญของโรงพยาบาลลำพูน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๘

ประเภท	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. จำนวนผู้ป่วยนอก (ราย)	๔๕๑,๘๔๘	๕๐๔,๓๕๓	๕๖๑,๕๕๕	๖๑๖,๖๖๕	๖๕๕,๙๐๕
- เฉลี่ยวันละ (ราย)	๑,๕๘๕	๑,๓๗๐	๑,๕๗๐	๒,๑๖๔	๒,๓๐๑
๒. จำนวนผู้ป่วยในจำหน่าย (คน)	๓๐,๙๕๔	๒๙,๘๘๓	๓๒,๘๘๕	๓๓,๖๓๐	๓๓,๗๖๓
๓. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (วัน)	๑๒๗,๗๓๖	๑๓๐,๙๕๔	๑๓๓,๖๔๑	๑๓๖,๙๘๑	๑๔๑,๓๓๓
๔. จำนวนเตียงของโรงพยาบาล(เตียง)	๔๑๑	๔๑๑	๔๑๑	๔๑๑	๔๑๑
๕. อัตราการครองเตียง (%)	๘๕.๑๕	๘๗.๒๙	๘๙.๐๙	๙๑.๓๑	๙๔.๒๑
๖. เฉลี่ยผู้ป่วยนอน รพ. คนละ (วัน)	๔.๑๓	๔.๓๘	๔.๐๖	๔.๐๗	๔.๑๓
๗. เฉลี่ยผู้ป่วยนอน รพ. วันละ (คน)	๓๕๐	๓๕๙	๓๖๖	๓๗๕	๓๘๗
๘. จำนวนผู้ป่วยในตาย (คน)	๘๓๓	๑,๐๖๗	๘๙๗	๙๐๔	๗๖๔
- อัตราการตาย (%)	๒.๖๙	๓.๕๗	๒.๗๓	๒.๖๙	๒.๒๓
๙. SUM AdjRW	๔๙,๓๐๗	๕๒,๗๗๓	๕๗,๒๒๔	๕๖,๔๑๗	๕๗,๓๙๘
๑๐. CMI	๑.๕๕๑๐	๑.๕๕๗๘	๑.๗๓๒๙	๑.๖๔๗๗	๑.๖๔๔๗
๑๑. จำนวนผู้ป่วยนอก Walk In (ราย)	๒๔๒,๓๑๐	๒๔๙,๓๕๖	๒๓๐,๔๕๔	๒๘๖,๘๘๐	๓๐๐,๖๘๓
๑๒. จำนวนผู้ป่วยนอกนัด (ราย)	๑๙๙,๕๔๒	๑๘๓,๔๕๙	๒๓๗,๖๙๓	๒๕๙,๗๓๓	๒๘๑,๒๑๑
๑๓. จำนวนการรับผู้ป่วยส่งต่อ (ราย)	๒๕,๐๓๕	๒๔,๘๗๔	๓๓,๖๗๔	๒๗,๑๘๐	๑๗,๓๘๖
๑๔. จำนวนการส่งผู้ป่วยรักษาต่อ(ราย)	๔,๕๙๘	๔,๖๕๒	๕,๒๓๘	๕,๖๗๑	๖,๕๒๙

สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก แยกตามกลุ่มงานหลัก ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๘

กลุ่มงาน	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
อายุรกรรม	๑๑๕,๔๐๗	๑๒๗,๖๘๒	๑๒๓,๑๑๖	๑๓๔,๔๗๑	๑๓๐,๔๙๗
ศัลยกรรม	๒๘,๖๕๙	๒๙,๒๗๖	๓๘,๒๖๐	๔๒,๐๐๖	๔๐,๒๓๕
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	๒๖,๙๐๘	๓๐,๑๒๗	๓๖,๓๘๓	๓๙,๘๒๔	๔๑,๖๑๐
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	๘,๖๕๗	๙,๕๖๙	๑๐,๗๘๔	๑๑,๔๙๒	๑๑,๒๗๘
ศัลยกรรมประสาท	๑,๒๗๓	๑,๒๗๑	๑,๕๗๙	๑,๖๐๕	๑,๗๕๖

สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก แยกตามกลุ่มงานหลัก ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ – ๒๕๖๘

กลุ่มงาน	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
สูติ-นรีเวชกรรม	๑๘,๑๗๗	๑๘,๗๕๗	๒๐,๑๑๑	๒๒,๑๗๙	๑๙,๙๘๙
กุมารเวชกรรม	๑๓,๒๔๘	๑๒,๐๗๓	๑๕,๘๕๐	๑๗,๔๓๔	๑๗,๖๘๙
จักษุวิทยา	๒๒,๘๘๓	๒๓,๓๙๒	๒๙,๐๘๓	๒๗,๘๙๙	๒๗,๐๒๖
โสต ศอ นาสิก	๑๓,๗๑๒	๑๓,๖๖๔	๑๒,๘๘๔	๑๔,๒๙๑	๑๖,๖๖๖
ทันตกรรม	๑๖,๐๔๑	๑๕,๗๙๘	๒๓,๖๙๓	๒๗,๔๖๘	๒๙,๑๐๑
จิตเวช	๑๗,๐๔๙	๑๖,๒๘๙	๑๘,๕๗๙	๑๙,๙๖๒	๑๙,๙๖๒
เวชกรรมฟื้นฟู	๑๕,๘๖๑	๑๕,๗๒๓	๒๑,๕๐๘	๒๒,๗๓๒	๒๒,๙๕๙
แพทย์แผนไทย	๕,๐๙๔	๕,๖๖๘	๑๓,๔๔๒	๑๕,๑๗๙	๑๔,๔๓๗
ห้องตรวจอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	๖๐,๓๙๘	๕๗,๑๗๒	๖๑,๕๐๐	๖๘,๘๑๑	๗๑,๑๗๓

สถิติการให้บริการผู้ป่วยใน แยกตามกลุ่มงานหลัก ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ – ๒๕๖๘

กลุ่มงาน	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
อายุรกรรม	๑๐,๒๖๘	๑๐,๗๖๔	๑๐,๔๒๖	๑๐,๒๔๐	๑๐,๓๙๘
ศัลยกรรม	๘,๓๓๘	๘,๑๕๘	๙,๒๑๖	๙,๓๙๘	๙,๗๘๓
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	๓,๔๔๕	๓,๔๖๗	๔,๐๕๕	๔,๑๖๑	๔,๓๐๑
กุมารเวชกรรม	๔,๑๘๒	๓,๕๐๙	๔,๕๔๓	๔,๙๒๗	๔,๘๓๑
สูติ-นรีเวชกรรม	๓,๒๑๑	๒,๗๙๕	๒,๙๗๗	๓,๑๘๙	๒,๖๗๒
จักษุวิทยา	๑,๐๕๓	๘๔๑	๑,๓๖๙	๑,๓๐๗	๑,๖๐๓
โสต ศอ นาสิก	๓๗๖	๒๗๓	๑๙๖	๒๖๕	๔๓๑
ทันตกรรม	๗๐	๖๙	๖๑	๖๖	๑๒๓
จิตเวช	๖	๓	๓๑	๗๐	๗๐
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	๕	๔	๑๑	๗	๘

ศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยใน แยกตามกลุ่มงานหลัก ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

กลุ่มงาน	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนวันนอน	SUM AdjRW	CMI
อายุรกรรม	๑๐,๓๙๘	๔๗,๐๗๐	๑๖,๒๔๖.๑๖๕๙	๑.๕๖๒๔
ศัลยกรรม	๙,๗๘๓	๔๑,๐๒๓	๒๒,๑๔๔.๘๙๑๔	๒.๒๖๓๖
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	๔,๓๐๑	๒๒,๐๔๗	๙,๗๖๗.๔๒๔๑	๒.๒๗๑๐
กุมารเวชกรรม	๔,๘๓๑	๑๗,๐๔๒	๓,๐๖๒.๕๓๖๐	๐.๖๓๓๙
สูติ-นรีเวชกรรม	๒,๖๗๒	๘,๕๓๙	๒,๖๑๒.๘๔๔๕	๐.๙๗๗๙
จักษุวิทยา	๑,๖๐๓	๓,๐๖๗	๒,๐๓๖.๙๒๒๖	๑.๒๗๐๗
โสต ศอ นาสิก	๔๓๑	๑,๕๑๗	๖๘๒.๕๙๒๘	๑.๕๘๓๗

กลุ่มงาน	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนวันนอน	SUM AdjRW	CMI
ทันตกรรม	๑๒๓	๕๔๕	๑๗๙.๒๗๐๖	๑.๔๕๗๕
จิตเวช	๗๐	๔๑๔	๗๙.๘๗๘๙	๑.๑๔๑๑
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	๘	๖๙	๘.๖๒๙๒	๑.๐๗๘๗

จำนวนผู้ป่วย แยกตามสิทธิบัตร ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ประเภทสิทธิ	ผู้ป่วยนอก			ผู้ป่วยใน			
	คน	ครั้ง	ร้อยละ	คน	วัน	คน / วัน	ร้อยละ
เบิกได้	๗๔,๑๐๕	๑๓๕,๑๐๒	๒๐.๖๐	๔,๑๓๓	๑๘,๖๗๐	๔.๕๒	๑๒.๐๘
ประกันสังคม	๓๙,๙๕๕	๖๘,๒๖๘	๑๐.๔๑	๒,๒๔๒	๘,๒๐๗	๓.๖๖	๖.๕๕
UC อ.เมือง	๑๖๕,๔๙๑	๒๗๑,๙๑๔	๔๑.๔๖	๑๐,๘๗๕	๔๓,๕๗๖	๔.๐๑	๓๑.๗๘
UC นอกเขต	๑๑๑,๓๒๕	๑๔๔,๖๒๕	๒๒.๐๕	๑๒,๙๕๖	๕๓,๙๒๓	๔.๑๖	๓๗.๘๖
แรงงานต่างด้าว	๑๗,๒๘๘	๑๔,๘๐๕	๒.๒๖	๑,๒๖๘	๕,๑๑๗	๔.๐๔	๓.๗๑
ชำระเงิน + อื่นๆ	๑๙,๕๙๘	๒๑,๑๙๑	๓.๒๓	๒,๗๔๖	๑๑,๘๔๐	๔.๓๑	๘.๐๒
รวม	๔๒๗,๗๖๒	๖๕๕,๙๐๕	๑๐๐	๓๔,๒๒๐	๑๔๑,๓๓๓	๔.๑๓	๑๐๐

๑๐ อันดับโรคผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

อันดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวน	ร้อยละ
๑	I๑๐	ESSENTIAL (PRIMARY) HYPERTENSION	๖๑,๐๐๕	๙.๘๙
๒	E๑๑๙	TYPE ๒ DIABETES MELLITUS, WITHOUT COMPLICATIONS	๒๔,๕๖๐	๓.๙๘
๓	N๑๘๕	CHRONIC KIDNEY DISEASE, STAGE ๕(RENAL FAILURE,ESRD)	๑๒,๑๙๔	๑.๙๘
๔	J๐๐	ACUTE NASOPHARYNGITIS [COMMON COLD]	๘,๓๘๕	๑.๓๖
๕	K๓๐	FUNCTIONAL DYSPEPSIA	๗,๓๔๗	๑.๑๙
๖	N๔๐	HYPERPLASIA OF PROSTATE	๗,๑๖๗	๑.๑๖
๗	M๑๗๐	PRIMARY GONARTHROSIS(OSTEOARTHRITIS OF KNEE, OA KNEE), BILATERAL	๖,๖๑๙	๑.๐๗
๘	B๒๔	UNSPECIFIED HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS [HIV] DISEASE	๕,๓๖๙	๐.๘๗
๙	M๔๘๐	SPINAL STENOSIS	๔,๘๑๘	๐.๗๘
๑๐	H๒๕๑	SENILE NUCLEAR CATARACT	๔,๖๔๒	๐.๗๕

หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยนอก ทั้งหมด ๖๕๕,๙๐๕ ราย

๑๐ อันดับโรคผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

อันดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวน	ร้อยละ
๑	D๕๖๙	THALASSAEMIA, UNSPECIFIED	๑,๐๗๘	๓.๑๕
๒	J๑๘๙	PNEUMONIA, UNSPECIFIED	๘๓๒	๒.๔๓
๓	I๕๐๙	HEART FAILURE, UNSPECIFIED	๗๕๖	๒.๒๑
๔	A๐๙๙	GASTROENTERITIS AND COLITIS OF UNSPECIFIED ORIGIN	๖๗๒	๑.๙๖
๕	N๑๘๕	CHRONIC KIDNEY DISEASE, STAGE ๕(RENAL FAILURE,ESRD)	๕๗๖	๑.๖๘
๖	H๒๕๙	SENILE CATARACT, UNSPECIFIED	๕๕๒	๑.๖๑
๗	S๐๖๐๐	CONCUSSION : WITHOUT OPEN INTRACRANIAL WOUND	๔๙๑	๑.๔๓
๘	M๑๗๑	OTHER PRIMARY GONARTHRISIS (OSTEOARTHRITIS OF KNEE, OA KNEE)	๔๖๑	๑.๓๕
๙	S๕๒๕๐	FRACTURE OF THE LOWER END OF RADIUS : CLOSED	๔๔๕	๑.๓๐
๑๐	H๒๕๑	SENILE NUCLEAR CATARACT	๔๔๑	๑.๒๙

หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยใน ทั้งหมด ๓๔,๒๒๐ ราย

๑๐ อันดับโรคผู้ป่วยในเสียชีวิต ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวน	อัตราตายต่อ ๑๐๐๐ผู้ป่วย จำหน่าย
J๑๘๙	PNEUMONIA, UNSPECIFIED	๕๗	๑.๖๗
I๕๐๙	HEART FAILURE, UNSPECIFIED	๓๘	๑.๑๑
S๐๖๕๐	TRAUMATIC SUBDURAL HAEMORRHAGE : WITHOUT OPEN INTRACRANIAL WOUND	๒๒	๐.๖๔
C๓๔๙	MALIGNANT NEOPLASM OF BRONCHUS OR LUNG, UNSPECIFIED	๒๒	๐.๖๔
I๖๑๐	INTRACEREBRAL HAEMORRHAGE IN HEMISPHERE, SUBCORTICAL	๒๑	๐.๖๑
N๑๘๕	CHRONIC KIDNEY DISEASE, STAGE ๕(RENAL FAILURE,ESRD)	๑๙	๐.๕๖
N๓๙๐	URINARY TRACT INFECTION, SITE NOT SPECIFIED	๑๖	๐.๔๗
S๐๖๓๐	FOCAL BRAIN INJURY : WITHOUT OPEN INTRACRANIAL WOUND	๑๖	๐.๔๗
I๖๑๙	INTRACEREBRAL HAEMORRHAGE, UNSPECIFIED	๑๖	๐.๔๗
J๑๕๖	PNEUMONIA DUE TO OTHER AEROBIC GRAM-NEGATIVE BACTERIA	๑๔	๐.๔๑
รวมผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด ๓๖๔ คน คิดเป็นร้อยละ			๒.๒๓

อันดับ สถานบริการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ รพ.ลำพูน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ลำดับที่	สถานบริการ	จำนวน (ราย)
๑	รพ.ลี่	๓,๖๐๖
๒	รพ.ป่าซาง	๒,๙๔๕
๓	รพ.แม่ทา	๒,๖๘๓
๔	รพ.บ้านโฮ่ง	๒,๒๘๗
๕	รพ.บ้านธิ	๑,๘๘๕
๖	รพ.ทุ่งหัวช้าง	๑,๖๙๖
๗	รพ.เวียงหนองล่อง	๑,๓๔๘
๘	รพ.หริภุญชัย	๘๐๘
๙	รพ.เทศบาลเมืองลำพูน	๓๓๓
๑๐	รพ.ศิริเวชลำพูน	๖๓

หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยส่งต่อเข้ารับการรักษาทันที ๑๗,๓๘๖ ราย

๑๐ อันดับโรค ผู้ป่วยส่งต่อเข้ารับการรักษาทันที รพ.ลำพูน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

อันดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
๑	H๒๕๑	SENILE NUCLEAR CATARACT	๕๗๕	๓.๓๑
๒	K๓๕๘	ACUTE APPENDICITIS, OTHER AND UNSPECIFIED	๓๖๔	๒.๐๙
๓	N๒๐๐	CALCULUS OF KIDNEY	๓๑๑	๑.๗๙
๔	K๙๒๒	GASTROINTESTINAL HAEMORRHAGE, UNSPECIFIED	๓๐๐	๑.๗๓
๕	F๓๒๒	SEVERE DEPRESSIVE EPISODE WITHOUT PSYCHOTIC SYMPTOMS	๒๕๗	๑.๔๘
๖	S๕๒๕๐	FRACTURE OF THE LOWER END OF RADIUS : CLOSED	๒๕๒	๑.๔๕
๗	M๑๗๐	PRIMARY GONARTHRITIS(OSTEOARTHRITIS OF KNEE, OA KNEE), BILATERAL	๒๔๑	๑.๓๙
๘	I๕๐๐	CONGESTIVE HEART FAILURE	๒๑๙	๑.๒๖
๙	J๑๘๘	OTHER PNEUMONIA, ORGANISM UNSPECIFIED	๒๑๓	๑.๒๓
๑๐	N๔๐	HYPERPLASIA OF PROSTATE	๒๐๒	๑.๑๖

หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยส่งต่อเข้ารับการรักษาทันที ๑๗,๓๘๖ ราย

๑๐ อันดับ สถานบริการที่ รพ.ลำพูน ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ลำดับที่	สถานบริการ	จำนวน (ราย)
๑	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	๔,๘๒๒
๒	รพ.นครพิงค์	๑,๑๐๘
๓	รพ.สวนปรุง	๑๙๐
๔	สถาบันส่งเสริมพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	๑๐๐
๕	รพ.มะเร็่งลำปาง	๘๗
๖	คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่	๔๖
๗	รพ.ประสาทเชียงใหม่	๒๖
๘	รพ.ธัญญารักษ์	๒๖
๙	รพ.ลำปาง	๘
๑๐	รพ.ศิริราชพยาบาล(คณะแพทยศาสตร์)	๗

หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยส่งต่อไปรับการรักษา ทั้งหมด ๖,๕๒๙ ราย

๑๐ อันดับโรค ผู้ป่วยที่ รพ.ลำพูน ส่งต่อไปรับการรักษา ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

อันดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
๑	C๕๓๑	MALINGNAT NEOPLASM OF EXOCERVIX *CACERVIX	๑๒๖	๑.๙๓
๒	C๗๓	MALIGNANT NEOPLASM OF THYROID GLAND	๑๒๔	๑.๙๐
๓	N๑๘๕	CHRONIC KIDNEY DISEASE, STAGE ๕(RENAL FAILURE,ESRD)	๑๒๑	๑.๘๕
๔	M๓๒๙	SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS, UNSPECIFIED (SLE)	๑๐๑	๑.๕๕
๕	C๖๑	MALIGNANT NEOPLASM OF PROSTATE	๘๘	๑.๓๕
๖	C๓๔๙	MALIGNANT NEOPLASM OF BRONCHUS OR LUNG, UNSPECIFIED	๗๔	๑.๑๓
๗	I๒๑๔	ACUTE SUBENDOCARDIAL MYOCARDIAL INFARCTION	๗๑	๑.๐๙
๘	C๕๐๙	MALIGNANT NEOPLASM OF BREAST, UNSPECIFIED	๗๐	๑.๐๗
๙	I๒๕๑	ATHEROSCLEROTIC HEART DISEASE	๖๙	๑.๐๖
๑๐	M๓๒๑	SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH INVOLVEMENT OF ORGANS AND SYSTEMS (SLE)	๖๗	๑.๐๓

หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยส่งต่อไปรับการรักษา ทั้งหมด ๖,๕๒๙ ราย

ที่มา : กลุ่มงานสุขภาพจิตจิต

◆ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๑.บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

หน้าที่

- ให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกสาเหตุ
- ให้การดูแลรักษาที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน และอุบัติเหตุ ที่เกิดนอกโรงพยาบาล
- ให้การอบรมแก่แพทย์เพิ่มพูนทักษะ นักศึกษาพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน และผู้ที่มาศึกษาดูงาน
- เป็นศูนย์ประสานรับ-ส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายจังหวัดลำพูนและนอกเครือข่าย

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย
- ผู้ที่มาอบรมได้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

ขอบเขตการให้บริการ

Pre-hospital care พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามข้อกำหนดของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และสาธารณสุขฉุกเฉิน ให้การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมพื้นที่ให้บริการ

In-hospital care ให้บริการผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง ครอบคลุมผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย ทั้งภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ และมีห้องแรงดันลบ (Negative Pressure Room) เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ

ในเวลาราชการ

๑. ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตหรือได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage ซึ่งคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินเป็น ๕ ระดับ
๒. เป็นหน่วยรับผู้ป่วยไว้สังเกตอาการหลังให้การรักษาเบื้องต้น และผู้ป่วยป่วยที่รอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

นอกเวลาราชการ ให้บริการเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน นอกเหนือเวลาคลินิกนอกราชการ

ระบบส่งต่อผู้ป่วย

- พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสม
- พัฒนาการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ระบบสารสนเทศ (โปรแกรม IHIMS) เพื่อใช้ในการเชื่อมโยง

ข้อมูลผู้ป่วย

- พัฒนาศูนย์ภาพการดูแลผู้ป่วยในระบบส่งต่อในเครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสหสาขาวิชาชีพตาม service plan รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย Intermediate Care

สาธารณภัย และภัยพิบัติ (Disaster)

ประสานความร่วมมือเขตบริการสุขภาพที่ ๑ สนับสนุนทีม MERT และทีม Mini MERT ในการช่วยเหลือภารกิจด้านสาธารณภัย ตามที่ได้รับมอบหมาย ทั้งภายในจังหวัดและนอกจังหวัด

นอกจากนี้ทำงานเชิงรุกด้านการรณรงค์ลดและป้องกันอุบัติเหตุทั่วไปและอุบัติเหตุทางท้องถนนร่วมกับภาครัฐและเอกชน เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสาธารณภัยทั้งจากสถานการณ์อุบัติเหตุและสถานการณ์โรคระบาดทำงานร่วมกับชุมชนในการให้ความรู้ในเรื่องภาวะฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการใช้บริการห้องฉุกเฉินอย่างเหมาะสม ให้การฝึกอบรมแก่บุคลากรต่าง ๆ เพื่อให้มีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน/ความต้องการในการประสานงาน
ผู้ป่วย/ญาติ	ได้รับการรักษารวดเร็วและถูกต้อง ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา การดูแลตนเอง ได้รับบริการที่ดีจากเจ้าหน้าที่
หอผู้ป่วย/ห้องผ่าตัดห้องตรวจ ผู้ป่วยแผนกต่าง ๆ	ได้รับการประสานงานข้อมูลผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการดูแลเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม และระหว่างส่งต่อมีการเฝ้าระวังที่ดี มีการส่งมอบข้อมูลผู้ป่วย การรักษา และเอกสารที่เกี่ยวข้องได้อย่างครบถ้วน
Lab/x-ray	เก็บส่งตรวจและส่งเอกซเรย์ถูกต้อง/ถูกคน ประสานตามแนวทางปฏิบัติ
เภสัชกร	คำสั่งการรักษาชัดเจน ถูกต้อง ตามมาตรฐานการบริหารยา ปฏิบัติงานตามแนวทางปฏิบัติ
ศูนย์นำส่ง	ประสานงานถูกต้อง ครบถ้วน มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
งานเวชระเบียน/ศูนย์สถิติ	ข้อมูลผู้ป่วยมีความถูกต้อง/ถูกคน ประสานงานชัดเจน
รพช.	Refer in การประสานที่รวดเร็ว ให้คำปรึกษาได้ เตรียมความพร้อมในการรับ-ส่งผู้ป่วย Refer back เตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้อาการคงที่ เอกสาร และ ยา/เวชภัณฑ์ให้ ครบถ้วน/ถูกต้อง
เครือข่าย EMS	ให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยระหว่างอยู่นอกโรงพยาบาล การประสานงานที่ถูกต้อง ทันเวลา อย่างเป็นมิตร
ประชาชน/หน่วยงานภายนอก	ให้การสนับสนุนที่มิวิทยาการในการให้การให้ความรู้ สนับสนุนหน่วยปฐมพยาบาลระดับ ALS

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

เป้าหมาย(goal)ครอบคลุมประเด็นของคุณภาพทั้งหมด	เครื่องชี้วัดในภาพรวม สอดคล้องกับเป้าหมาย (clinical/service indicator)
ผู้ป่วยได้รับการรักษาถูกต้อง	- ร้อยละของการวินิจฉัยและให้การรักษาดัดพลาด - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์ - ร้อยละของผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำภายใน ๔๘ ชั่วโมง
ผู้ป่วยได้รับการรักษารวดเร็ว	- ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤติ(สีแดง)นำส่งโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน - ร้อยละของการคัดแยกไม่ถูกต้อง (over/under triage) - ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติ(สีแดง,ชมพู) อยู่ที่ห้องตรวจอุบัติเหตุฉุกเฉินเกิน ๒ ชั่วโมง

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

ความท้าทาย

๑. การประเมิน การคัดกรอง และการช่วยเหลือเบื้องต้นถูกต้องรวดเร็ว
๒. การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
๓. ลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน

ความเสี่ยงสำคัญ

๑. การวินิจฉัยผิดพลาด
๒. การคัดแยกผู้ป่วย การประเมินระดับความรุนแรงผิดพลาด
๓. ผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์
๔. ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง
๕. การกลับมาตรวจซ้ำที่ ER ภายใน ๔๘ ชม. โดยไม่ได้นัดหมาย

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๑	การวินิจฉัยผิดพลาด	๑. มีแนวทางปฏิบัติในกลุ่มโรคสำคัญ ๒. ชี้แจงแนวทางการรักษาผู้ป่วยให้กับทีมรักษาที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน ๓. ระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง และแพทย์ที่ปรึกษาด้านการบริหารจัดการตลอด ๒๔ ชั่วโมง ๔. ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพประจำทุกเดือน	- อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยผิดพลาด
๒	การคัดแยกผู้ป่วยผิดพลาด	๑. มีแนวทางการคัดกรองจำแนกผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage ๒. ทบทวนและพัฒนาแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยให้ครอบคลุมและแม่นยำมากขึ้น ๓. ปรับปรุงแบบฟอร์มที่เป็นเครื่องมือช่วยในการคัดกรองให้แม่นยำมากขึ้น ๔. มีการทบทวน ทำ Triage audit	- อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่คัดกรองผิดพลาด
๓	ผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์	๑. มีแนวทางการประเมินและการให้การรักษานผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามระดับความรุนแรง ๒. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค Fast track ๓. ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และ PCT ประจำทุกเดือน	- อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์ อัตราการปฏิบัติตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกลุ่มผู้ป่วย Fast track
๔	ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง	๑. ให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากร และมีการติดตามประเมินผล ๒. มีแนวปฏิบัติในการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง เช่น แนวทางการใส่ท่อช่วยหายใจให้แก่แพทย์ที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน ๒. สื่อสารแนวทางปฏิบัติให้ทีมแพทย์และพยาบาลให้ทั่วถึง	- อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดจากภาวะแทรกซ้อนในระดับ FGHI
๕	การกลับมาตรวจซ้ำที่ ER ภายใน ๔๘ ชม. โดยไม่ได้นัดหมาย	๑. ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และ PCT ประจำทุกเดือน ๒. พัฒนาระบบการจำหน่ายผู้ป่วย	- ร้อยละของผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำภายใน ๔๘ ชม. - อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงความรุนแรงระดับ FGHI (revisit)

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร

๑. ทรัพยากรบุคคล ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘

รายการ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๑. แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	๔	๖	๖
๒. พยาบาลวิชาชีพ	๒๖	๒๘	๒๙
๓. นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์	๒	๒	๒
๔. เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน)	๖	๗	๖
๕. ผู้ช่วยพยาบาล	๒	๑	๒
๖. พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	๓	๔	๔
๗. พนักงานช่วยพยาบาล (งานธุรการ)	๒	๒	๒
๘. พนักงานแปล ประจำ ER	๑	๑	๑

๑.๑ การจัดอัตรากำลังปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘

รายการ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖			ปีงบประมาณ ๒๕๖๗			ปีงบประมาณ ๒๕๖๘		
	ตึก	เช้า	บ่าย	ตึก	เช้า	บ่าย	ตึก	เช้า	บ่าย
๑. แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	๐-๑	๑-๓	๐-๑	๐-๑	๑-๓	๐-๑	๐-๑	๑-๓	๐-๑
๒. พยาบาลวิชาชีพ	๕	๑๑	๑๐	๕	๑๑	๑๐	๕	๑๑-๑๒	๑๐
๓. นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์	๐-๑	๐-๑	๐-๑	๐-๑	๐-๑	๐-๑	๐-๑	๐-๑	๐-๑
๔. เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน)	๒	๒-๓	๒	๒	๒-๓	๒	๒	๒-๓	๒
๕. ผู้ช่วยพยาบาล	๐	๑	๑	๑	๑	๑	๐-๑	๑	๑
๖. พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	๐	๑	๑	๑	๑	๑	๐-๑	๑-๒	๑-๒
๗. พนักงานช่วยพยาบาล (ธุรการ)	๐	๒	๐	๐	๒	๐	๐	๒	๐
๘. พนักงานแปล	๐	๑	๐	๐	๑	๐	๐	๑	๐

๒. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๑. เครื่อง Ultrasound	๑	๑	๑
๒. เครื่อง Defibrillator	๒	๒	๓
๓. เครื่องช่วยหายใจ	๓	๓	๓
๔. Video assisted laryngoscope	๑	๑	๑
๕. Automated CPR machine	๒	๒	๒
๖. เครื่อง AED	๒	๒	๓
๗. เครื่อง Monitor EKG (Telemedicine)	๓	๓	๖

๓. ลักษณะของงานบริการและปริมาณงาน

๓.๑ สถิติงาน Pre -Hospital Care (ราย) ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘

รายการ	ปีงบ ๒๕๖๖	ปีงบ ๒๕๖๗	ปีงบ ๒๕๖๘		
หน่วยปฏิบัติการโรงพยาบาล ลำพูน			รายปี	จำนวน case เฉลี่ย/เดือน	จำนวน case เฉลี่ย/วัน
ออกปฏิบัติการทั้งหมด	๘๙๕	๙๐๕	๘๐๙	๖๘	๒
- ระดับ ALS ออกปฏิบัติการ	๕๔๙ (๖๑.๓๔%)	๕๔๘ (๖๐.๕๕%)	๔๙๑ (๖๐.๖๙%)	๔๑	๒
- ระดับ ILS ออกปฏิบัติการ	๓๔๖ (๓๘.๖๖%)	๓๕๗ (๓๙.๔๕%)	๓๑๘ (๓๙.๓๑)	๒๗	๑

๓.๒ ข้อมูลอัตราผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเร่งด่วน (สีแดง) ที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘ เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๘

ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเร่งด่วน (Level๑) ที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ปีงบ ๒๕๖๖	ปีงบ ๒๕๖๗	ปีงบ ๒๕๖๘
- ผู้ป่วย Trauma (Level๑)	๕๕.๖๓ (๗๙/๑๔๒)	๖๙.๒๓ (๘๑/๑๑๗)	๖๘.๐๓ (๘๓/๑๒๒)
- ผู้ป่วย Non – trauma (Level๑)	๒๖.๖๖ (๔๓๓/๑,๖๒๔)	๒๗.๕๔ (๔๕๖/๑,๖๕๖)	๓๐.๖๘ (๕๒๔/๑,๗๐๘)
- ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเร่งด่วนทั้งหมด (สีแดง) ทั้งหมดที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๒๘.๙๙ (๕๑๒/๑,๗๖๖)	๓๐.๒๙ (๕๓๗/๑,๗๗๓)	๓๓.๑๗ (๖๐๗/๑,๘๓๐)

๓.๓ สถิติจำนวนงานบริการผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ราย) ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘

รายการ	ปีงบ ๒๕๖๖	ปีงบ ๒๕๖๗	ปีงบ ๒๕๖๘		
			รายปี	เฉลี่ย/เดือน	เฉลี่ย/วัน
๑.งานคัดกรองผู้ป่วย ส่งตรวจ OPD	๔,๑๙๘	๔,๒๔๙	๔,๑๗๘	๓๔๘	๑๑
ส่งตรวจ ER	๔๓,๒๘๐	๔๓,๘๘๗	๔๔,๘๖๑	๓,๗๓๘	๑๒๓
๒.ประเภทผู้ป่วย					
๒.๑ Resuscitation	๓,๒๔๖	๓,๒๑๓	๓,๑๗๓	๒๖๕	๙
๒.๒ Emergency	๑๐,๓๑๔	๑๐,๓๑๒	๑๑,๙๗๐	๙๙๘	๓๓
๒.๓ Urgency	๑๕,๑๑๑	๑๖,๒๖๗	๑๖,๕๐๐	๑,๓๗๕	๔๕
๒.๔ Semi – urgency	๘,๔๓๙	๘,๕๑๗	๗,๓๒๑	๖๑๐	๒๐
๒.๕ Non-urgency	๖,๑๗๐	๕,๕๗๘	๕,๘๙๗	๔๙๒	๑๖
รวมทั้งหมด	๔๓,๒๘๐	๔๓,๘๘๗	๔๔,๘๖๑	๓,๗๓๘	๑๒๓
๓.งานห้องสังเกตอาการ					
๓.๑ ผู้ป่วยสังเกตอาการ	๓,๓๙๖	๖,๘๘๑	๗,๓๑๙	๖๑๐	๒๐
๓.๒ ผู้ป่วยทำหัตถการ/ฉีดยาต่อเนื่อง (ส่งมาจากOPD/OPDนอกเวลา)	๘,๕๒๔	๘,๙๘๑	๗,๐๙๒	๕๙๑	๑๙
๔.การจำหน่าย					

๔.๑ Admit	๑๘,๒๖๗	๑๖,๒๗๙	๑๖,๙๓๖	๑,๔๑๑	๔๖
๔.๒ เข้าICU	๒,๔๗๐	๒,๔๖๑	๒,๖๔๗	๒๒๑	๗
๔.๓ เข้าOR	๑๔๔	๑๔๔	๑๘๙	๑๖	๐.๕
๔.๔ Refer	๔๔๖	๕๐๒	๒๖๘	๒๒	๐.๗
๔.๕ เสียชีวิต	๘๕	๙๒	๘๗	๗	๐.๒

๓.๔ สถิติจำนวนผู้ป่วยแยกประเภทที่มารับบริการทั้งหมด (ราย) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗

รายการ	ปีงบ ๒๕๖๖	ปีงบ ๒๕๖๗	ปีงบ ๒๕๖๘		
			รายปี	เฉลี่ย/เดือน	เฉลี่ย/วัน
๑.อุบัติเหตุทั่วไป	๗,๙๕๑	๘,๒๗๒	๘,๘๙๗	๗๔๒	๒๔
๒.อุบัติเหตุจราจร	๓,๒๕๗	๓,๕๑๔	๓,๔๙๑	๒๙๑	๑๐
๓.ผู้ป่วยฉุกเฉิน	๒๒,๙๑๐	๒๗,๘๙๘	๒๘,๑๐๖	๒,๓๔๒	๗๗
๔.ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน	๕,๔๔๐	๔,๒๐๓	๔,๓๖๗	๓๖๔	๒๐
รวมยอดผู้ป่วยทั้งหมด	๔๓,๒๘๐	๔๘,๘๘๗	๔๔,๘๖๑	๓,๗๓๘	๑๒๓

๓.๕ สถิติจำนวนผู้ป่วยซับซ้อนที่ให้บริการในระบบ Fast track (ราย) ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘

รายการ	ปีงบ ๒๕๖๖	ปีงบ ๒๕๖๗	ปีงบ ๒๕๖๘		
			รายปี	เฉลี่ย/เดือน	เฉลี่ย/วัน
๑. MI	๔๗	๖๖	๖๓	๕	๐.๒
๒. Stroke	๒๘๕	๓๐๐	๒๒๗	๑๙	๐.๖
๓. Severe head injury	๘๒	๕๓	๕๗	๕	๐.๒
๔. Multiple trauma	๗๕	๑๑๕	๑๐๘	๙	๐.๓
๕. Sepsis	๑,๕๘๖	๑,๖๖๖	๑,๖๕๕	๑๓๘	๕

๓.๖ สถิติห้อง Observe ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ผู้ป่วย Observe	จำนวน (คน)	ร้อยละ
๑.จำนวนผู้ป่วย Observe ทั้งหมด	๖,๗๖๔	
- Observe ๑-๒ ชั่วโมง	๓,๙๔๖	๕๘.๓๔
- Observe ๒-๔ ชั่วโมง	๑,๘๙๗	๒๘.๐๕
- Observe > ๔ ชั่วโมง	๙๒๑	๑๓.๖๑
๒. ผลการรักษาหลัง observe	๖๙๓	๑๐.๒๕
- Admit	๖,๐๗๑	๘๙.๗๕
- D/C		

๓.๗ อันดับกลุ่มโรค

๕ อันดับโรคที่พบบ่อย (High Volume)

ลำดับ	ปีงบ ๖๖	ปีงบ ๖๗	ปีงบ ๖๘
๑	Gastroenteritis (๒.๖%)	Gastroenteritis (๒.๙%)	Gastroenteritis (๓.๑%)
๒	Dyspepsia (๒.๔ %)	Urinary track infection (๒.๖%)	Pneumonia (๒.๗%)
๓	Pneumonia (๒.๑ %)	Labour pain (๒.๒%)	Dizziness (๒.๒%)
๔	Labour pain (๒ %)	Dyspepsia (๒.๑%)	Labour pain (๒%)
๕	Dizziness (๑.๘%)	Pneumonia (๑.๘%)	Dyspepsia (๑.๙%)

๕ อันดับโรคเสียชีวิต

ลำดับ	ปีงบ ๖๖	ปีงบ ๖๗	ปีงบ ๖๘
๑	Gastroenteritis (๒.๖%)	Gastroenteritis (๒.๙%)	Gastroenteritis (๓.๑%)
๒	Dyspepsia (๒.๔ %)	Urinary track infection (๒.๖%)	Pneumonia (๒.๗%)
๓	Pneumonia (๒.๑ %)	Labour pain (๒.๒%)	Dizziness (๒.๒%)
๔	Labour pain (๒ %)	Dyspepsia (๒.๑%)	Labour pain (๒%)
๕	Dizziness (๑.๘%)	Pneumonia (๑.๘%)	Dyspepsia (๑.๙%)

๖ อันดับหัตถการสำคัญที่ทำบ่อย

ลำดับ	ปีงบ ๖๖	ปีงบ ๖๗	ปีงบ ๖๘
๑	การตรวจด้วยเครื่อง (๔,๑๗๗) อุลตราซาวด์	Retain foley's catheter (๔,๔๐๙)	Retain foley's catheter (๔,๔๘๙)
๒	Retain foley's catheter (๓,๘๙๓)	การตรวจด้วยเครื่อง (๔,๓๘๐) อุลตราซาวด์	การตรวจด้วยเครื่อง (๔,๓๓๒) อุลตราซาวด์
๓	Suture wound (๒,๒๙๐)	Suture wound (๒,๕๐๙)	Suture wound (๒,๔๘๗)
๔	ET-Tube intubation (๙๐๗)	ET-Tube intubation (๘๗๑)	ET-Tube intubation (๘๗๐)
๕	CPR (๑๕๗)	CPR (๑๔๑)	CPR (๑๔๘)
๖	ICD (๖๐)	ICD (๔๘)	ICD (๗๓)

๓.๘ งานศูนย์ประสานรับส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยฉุกเฉินจังหวัดลำพูน (Referral Center)

๓.๘.๑ สถิติจำนวนการประสาน รับส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน (ราย) ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘

รายการ	ปีงบ ๒๕๖๖	ปีงบ ๒๕๖๗	ปีงบ ๒๕๖๘		
			รายปี	เฉลี่ย/เดือน	เฉลี่ย/วัน
๑. Refer in	๗,๓๗๔	๗,๕๙๑	๗,๐๗๓	๕๘๙	๑๙
๒. Refer out	๗๑๗	๘๐๓	๕๒๓	๔๔	๑.๔
๓. Refer back	๖๓๗	๗๒๓	๙๖๐	๘๐	๓
๔. Refer receive	๕๑	๔๘	๓๖	๓	๐.๑

๓.๘.๒ กลุ่มโรคผู้ป่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ประสานรับ Refer in ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘

ลำดับ	ปีงบ ๒๕๖๖	ปีงบ ๒๕๖๗	ปีงบ ๒๕๖๘
๑	อายุรกรรม (๒,๐๒๔)	ศัลยกรรม (๑,๘๗๒)	ศัลยกรรม (๑,๙๑๒)
๒	ศัลยกรรม (๑,๕๑๖)	อายุรกรรม (๒,๐๒๔)	อายุรกรรม (๑,๖๒๔)
๓	ศัลยกรรมกระดูกและข้อ (๑,๓๙๓)	ศัลยกรรมกระดูกและข้อ (๑,๓๙๓)	ศัลยกรรมกระดูกและข้อ (๑,๓๒๖)
๔	โรคหลอดเลือดสมอง (๔๐๓)	โรคหลอดเลือดสมอง (๓๗๒)	โรคหลอดเลือดสมอง (๓๘๙)
๕	ศัลยกรรมประสาทอุบัติเหตุ (๒๙๗)	สูติกรรม (๓๓๒)	สูติกรรม (๒๖๒)

๓.๘.๓ กลุ่มโรคผู้ป่วยผู้ป่วยฉุกเฉินที่ประสานส่งต่อ Refer out (ราย) ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘

ลำดับ	ปีงบ ๒๕๖๖	ปีงบ ๒๕๖๗	ปีงบ ๒๕๖๘
๑	โรคหลอดเลือดหัวใจ (๒๑๒)	โรคหลอดเลือดหัวใจ (๒๗๒)	โรคหลอดเลือดหัวใจ (๑๘๓)
๒	อายุรกรรม (๙๓)	ศัลยกรรม (๑๒๐)	จิตเวช (๑๔๔)
๓	ศัลยกรรม (๘๐)	อายุรกรรม (๗๑)	ศัลยกรรม (๑๑๔)
๔	จิตเวช (๗๕)	จิตเวช (๖๕)	กุมารเวชกรรม (๓๒)
๕	ศัลยกรรมประสาท (๔๖)	กระดูกและข้อ (๖๐)	อายุรกรรมระบบประสาท (๒๐)

๔. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance indicator)

ตัวชี้วัดสำคัญ	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑. ร้อยละการประเมิน ECS คุณภาพ	> ๘๐	๗๘.๖๗	๘๒.๔๓	๘๓.๖๑
๒. ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Level ๑) นำส่งโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	> ๒๘	๒๘.๙๙ (๕๑๒/๑,๗๖๖)	๓๐.๒๙ (๕๓๗/๑,๗๗๓)	๓๓.๑๗ (๖๐๗/๑,๘๓๐)
๓. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit)	< ๑๐	๖.๕๙ (๒๑๔/๓,๒๔๖)	๗.๗๕ (๒๔๙/๓,๒๑๓)	๖.๗๔ (๒๑๔/๓,๑๗๓)
๓.๑ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Non-trauma	< ๑๐	๕.๙๖ (๑๗๖/๒,๙๗๐)	๗.๐๐ (๒๐๗/๒,๙๕๘)	๖.๒๖ (๑๘๓/๒,๙๒๕)
๓.๒ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Trauma	< ๑๐	๑๓.๗๗ (๓๘/๒๗๖)	๑๖.๔๗ (๔๒/๒๕๕)	๑๒.๕๐ (๓๑/๒๔๘)
๔. อัตราผู้ป่วย stroke fast track ได้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๔๕ นาที (door to needle time)	> ๖๐	๗๖.๔๗ (๖๕/๘๕)	๕๔.๔๔ (๔๙/๙๐)	๔๐.๖๓ (๒๖/๖๔)
๕. อัตราผู้ป่วย STEMI fast track ได้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที (door to needle time)	> ๘๐	๑๐๐ (๒/๒)	๑๐๐ (๑/๑)	๑๐๐ (๑/๑)
๖. อัตราผู้ป่วย sepsis ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน ๖๐ นาที (door to needle time)	> ๖๐	๔๘.๒๓ (๗๖๕/๑,๕๘๖)	๖๔.๑๗ (๑,๐๖๙/๑,๖๖๖)	๔๕.๓๒ (๗๕๐/๑,๖๕๕)

ตัวชี้วัดสำคัญ	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๗.ร้อยละ Fast track Severe Head injury Door to incision time < ๖๐ นาที	> ๘๐	๗.๖๙ (๑/๑๓)	๓๕.๗๑ (๕/๑๔)	๓๓.๓๓ (๗/๒๑)
๘.ร้อยละ Fast track Multiple trauma Door to incision time < ๖๐ นาที	> ๘๐	๗๗.๒๗ (๑๗/๒๒)	๒๙.๖๓ (๘/๒๗)	๔๒.๓๑ (๑๑/๒๖)
๙. ร้อยละ ER Target time (ผู้ป่วยระดับ ๑,๒ อยู่ใน ER < ๒ ชม.)	> ๖๐	๕๗.๓๘ (๗,๗๘๒/ ๑๓,๕๖๓)	๔๕.๓๖ (๖,๓๓๒/ ๑๓,๙๕๘)	๔๒.๑๖ (๖,๓๘๕/ ๑๕,๑๔๓)
๑๐.ร้อยละของการคัดกรองคลาดเคลื่อน ระดับ E up	๐	๐	๑.๕๔	๐
๑๐.๑ ร้อยละของการคัดแยก Under triage	๐	๐.๑๔	๐.๒๘	๐.๑๙
๑๐.๒ ร้อยละของการคัดแยก Over triage	๐	๐.๐๐๙	๐.๐๒	๐.๐๒
๑๑.อุบัติการณ์อาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์ ระดับ E up	๐	๔ ราย	๓ ราย	๕ ราย
๑๐.อุบัติการณ์การกลับมาตรวจซ้ำภายใน ๔๘ ชั่วโมง ด้วยอาการรุนแรง ระดับ E up	๐	๒ ราย	๒ ราย	๓ ราย
๑๒. อุบัติการณ์ Missed diagnosis ระดับ E up	๐	๒ ราย	๕ ราย	๘ ราย
๑๓. อุบัติการณ์ Patient identification ระดับ E up	๐	๐	๐	๐
๑๓.อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ	๐	๐	๐	๐

๕. สรุปผลการดำเนินงาน ตามประเด็นการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

เขตสุขภาพที่ ๑ จังหวัดลำพูน สาขา อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๑) ประเด็นการตรวจราชการ /ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง/เป้าหมาย

หมวด Service Excellence

แผนงาน การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

ชื่อตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤต เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เกณฑ์เป้าหมาย ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๘

วัตถุประสงค์ ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L๑-สีแดง) ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยหน่วยปฏิบัติการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนถึงสถานพยาบาล เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และความพิการ

๒) สถานการณ์ทั่วไป

ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิต การเสียชีวิต ภาวะทุพพลภาพของโรคภาวะกลุ่ม เงื่อนไขเวลา เป็นสิ่งสำคัญ และปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้น การประเมินดูแลรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน ทันทีที่มีความรวดเร็ว แม่นยำ มีประสิทธิภาพ จากทีมที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่มีศักยภาพสูง สามารถ สร้างห่วงโซ่ (Chains of Survival) ให้เกิดโอกาสการรอดชีวิตสูงขึ้น ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุด ของการ ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ (golden period) หากล่าช้า จะทำให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ หรือเกิดความบกพร่องใน การทำงาน ของอวัยวะที่สำคัญรุนแรงได้ (สถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, ๒๕๖๒) จังหวัดลำพูนเป็นที่ตั้งของนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือมีโรงงานอุตสาหกรรม หลายแห่ง และมีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง โรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด ๔๑๑ เตียง

สามารถรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ๗ แห่ง และผู้ป่วยส่งต่อจากจังหวัดเชียงใหม่สายใต้ จากสถิติ ในระยะเวลา ๓ ปี ย้อนหลัง (๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อนอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน ๓๘,๐๙๐, ๔๓,๒๘๐ และ ๔๓,๘๘๗ ราย ตามลำดับมีผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level ๑ และ level ๒) จำนวนทั้งหมด ๑๒,๒๔๖ ,๑๓,๕๖๐ และ ๑๓,๕๒๕ ตามลำดับ เข้าถึงระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน ๒๓.๘๖, ๒๒.๑๒ และ ๒๑.๑๙ ตามลำดับ เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน แนวทางการที่เรา จะแก้ไขปัญหาและพัฒนาให้ตรงประเด็น จะต้องมีการส่งเสริม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค/อาการ แสดง แก่ประชาชน และ ช่องทางการแจ้งเหตุฉุกเฉินระบบช่องทางด่วน ๑๖๖๙ ด้วยระบบ EMS เพื่อให้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการ รักษาที่รวดเร็ว ทันเวลา ในการให้การรักษ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิด ความพิการ สามารถฟื้นฟูสภาพให้ใกล้เคียงสภาวะ ปกติมากที่สุด รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ต่อไป

๓) มาตรการสำคัญ /สิ่งที่ดำเนินการ

๑. การพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑.๑ ร่วมพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเครือข่ายจังหวัดลำพูน Smart EMS

๑.๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากรของหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานในจังหวัดลำพูน (Emergency Medical Responder : EMR)

๑.๓ วางแผนพัฒนางานคุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเครือข่ายจังหวัดลำพูนร่วมกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการฯ อบจ.ลำพูน ทบพวน case EMS (Conference case EMS)

๑.๔ วางแผนเพิ่มการรับรู้ การตระหนักถึงภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของประชาชน และการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมกับหน่วยบริการการรักษายาบาลปฐมภูมิในพื้นที่และ NCD clinic

๑.๕ สนับสนุนการดำเนินงานการลำเลียงผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินทางอากาศยาน (Sky doctor) ร่วมกับเขตสุขภาพที่ ๑

๒. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ฉุกเฉิน

๒.๑ พัฒนา One Province One ER: Fast Track system (STEMI, Stroke, Sepsis, Trauma)

๒.๒ พัฒนาระบบ Telemedicine, ระบบ AOC ทุกโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด ทั้ง Prehospital care และ Interfacility transfer

๒.๓ แพทย์ EP ปฏิบัติงานหมุนเวียนครบทุกเวร

๒.๔ พัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ฉุกเฉิน (PHTLS, ATLS, ACLS, Basic HEMS)

๒.๕ สนับสนุน Emergency Nurse Practitioner (ENP) ใน รพช และส่งบุคลากรฝึกเพิ่มพูนทักษะในโรงพยาบาลลำพูน

๒.๖ วางแผนระบบพัฒนางานคุณภาพในเครือข่าย รพช จัดประชุม Refer จังหวัด ทบพวนปัญหาการส่งต่อ (Conference case refer, Refer audit)

๒.๗ ทบพวนเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินร่วมกันทั้งเครือข่าย ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชน (Trauma audit)

๓. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศ

๔. ส่งเสริมการค้นคว้าวิจัย และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ฉุกเฉิน

๕. ร่วมวางแผนขับเคลื่อนมาตรการป้องกัน/เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรร่วมกับศปภ.จังหวัด

๖. วางแผนรองรับภาวะวิกฤตในสถานการณ์ต่างๆ เช่น สาธารณภัยหมู่

- จัดเตรียมทีม MERT , Mini MERT

- จัดซ้อมแผนสาธารณภัยอุบัติเหตุหมู่

- ซ้อมแผนเผชิญเหตุฉุกเฉินและระงับเหตุการณ์ความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน

๔) ผลการดำเนินงาน

๔.๑ ตัวชี้วัดหลัก : ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤต เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๘

	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L๑-สีแดง) เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๓๘.๒๙ (๕๕๙/๑,๕๕๔)	๒๘.๙๙ (๕๑๒/๑,๗๖๖)	๓๐.๒๙ (๕๓๗/๑,๗๗๓)	๓๓.๑๗ (๖๐๗/๑,๘๓๐)

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการเข้าถึงผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ทันเวลา และลดอัตราการเสียชีวิตหรือความพิการ ผลการดำเนินงานแม้จะมีความผันผวนบางปี แต่ภาพรวมแนวโน้ม อยู่ในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง ๒ ปีล่าสุด (ปี ๒๕๖๗-๒๕๖๘) โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๐.๒๙ เป็นร้อยละ ๓๓.๑๗ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบบริการ EMS และความร่วมมือของเครือข่ายในจังหวัดลำพูนที่ดีขึ้น การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตในภาพรวมอยู่ในระดับดีและถึงเป้าหมาย แต่ยังพบปัญหาในเรื่องของการรับรู้ของประชาชน (Public Awareness) เกี่ยวกับการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินประชาชนบางส่วนยังไม่เข้าใจการใช้บริการ ๑๖๖๙ หรือใช้เวลาารอนาน จึงพาผู้ป่วยมาเอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญได้แก่ STEMI ที่การมาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังมีน้อย การรับรู้ของประชาชนจึงควรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเพิ่มศักยภาพทีม EMS และการประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงชุมชนจะเป็นปัจจัยสำคัญในการยกระดับคุณภาพการเข้าถึงบริการฉุกเฉินให้รวดเร็วและเท่าเทียมมากยิ่งขึ้น

๔.๒ ประเด็นติดตาม

๔.๒.๑ ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ ๑๐

	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑)	๘.๙๓ (๒๖๔/๒,๙๕๗)	๖.๕๙ (๒๑๔/๓,๒๔๖)	๗.๗๕ (๒๔๙/๓,๒๑๓)	๖.๗๔ (๒๑๔/๓,๑๗๓)
แยกประเภท - Non-trauma	๘.๐๓ (๒๑๗/๒,๗๐๓)	๕.๙๖ (๑๗๖/๒,๙๗๐)	๗.๐๐ (๒๐๗/๒,๙๕๘)	๖.๒๖ (๑๘๓/๒,๙๒๕)
แยกประเภท - Trauma	๑๘.๕๐ (๔๗/๒๕๔)	๑๓.๗๗ (๓๘/๒๗๖)	๑๖.๔๗ (๔๒/๒๕๕)	๑๒.๕๐ (๓๑/๒๔๘)

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมงของจังหวัดลำพูนมีแนวโน้ม ลดลงต่อเนื่องผ่านเกณฑ์เป้าหมาย การเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต สะท้อนคุณภาพการดูแลเฉียบพลันและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นแต่เมื่อพิจารณาประเภทของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินกลุ่มผู้ป่วย Trauma พบว่าอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย แต่มีแนวโน้มลดลงซึ่งสะท้อนว่าการพัฒนาระบบ Fast Track Trauma และการทำ Trauma audit มีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในทิศทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Trauma ภายใน ๒๔ ชั่วโมง เกิดจากหลายด้าน ทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะอยู่ในห้องฉุกเฉิน และระยะส่งต่อการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ด้านการเข้าถึงบริการฉุกเฉินยังพบปัญหาการแจ้งเหตุล่าช้า หรือผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลในภาวะที่รุนแรงเกินกว่าจะกู้ชีพได้ ซึ่งสัมพันธ์กับการรับรู้ของประชาชนต่อระบบ EMS และการใช้บริการ ๑๖๖๙ ที่ยังไม่ทั่วถึง ในส่วนของการดูแลในห้องฉุกเฉินพบว่าความพร้อมของทีม Trauma บางช่วงเวลาอาจไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะเวรนอกเวลาราชการ รวมถึงการประสานงานระหว่างทีมสหสาขา ยังมีความล่าช้าในบางกรณี นอกจากนี้ ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด หรือดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตยังใช้เวลานาน เนื่องจากข้อจำกัดของทรัพยากร เตียง หรือบุคลากรในหน่วยงานที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลต่อ

สรุปอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงความก้าวหน้าในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง (Trauma) ยังคงเป็นประเด็นท้าทาย จำเป็นต้องเร่งพัฒนาระบบ Trauma Fast Track และเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การพัฒนาระบบ Telemedicine และ Advanced Operations Center (AOC) จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงแพทย์เฉพาะทาง และเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยและการให้การรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและเป็นระบบ การบูรณาการระบบ Fast Track การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการใช้เทคโนโลยี จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในจังหวัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

๔.๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที เป้าหมาย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

	ปีงบ ๒๕๖๕	ปีงบ ๒๕๖๖	ปีงบ ๒๕๖๗	ปีงบ ๒๕๖๘
ร้อยละของผู้ป่วยtrauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที	๔๑.๘๖ (๑๘/๔๓)	๔๔.๑๙ (๑๙/๔๓)	๖๘.๕๗ (๒๔/๓๕)	๓๘ (๑๙/๕๐)

จากข้อมูลร้อยละของผู้ป่วย Trauma Triage Level ๑ ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดและสามารถเข้าห้องผ่าตัดภายใน ๖๐ นาที พบว่ายังไม่ถึงเป้าหมายร้อยละ ๘๐ ในหลายปี โดยเฉพาะปีงบ ๒๕๖๕, ๒๕๖๖ และ ๒๕๖๘ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาเชิงระบบที่ควรได้รับการปรับปรุงเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนรับผู้ป่วยวิกฤต การประเมินและคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน การดูแลรักษาอาการล่าช้า หรือมีข้อจำกัดด้านบุคลากรที่มีทักษะสูง การเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัด การประสานงานระหว่างทีม รวมถึงการติดตามและประเมินผล ขาดการติดตามตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่องและการวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดล่าช้าไม่เป็นระบบ การทบทวนและปรับปรุงกระบวนการ (Process Improvement) ยังไม่สม่ำเสมอ

๔.๒.๓ อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ เป้าหมาย ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๖๐

	ปีงบ ๒๕๖๕	ปีงบ ๒๕๖๖	ปีงบ ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
อัตราของผู้ป่วยtriage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑	๖๐.๑๘ (๕,๕๙๑/๙,๒๙๑)	๕๗.๓๘ (๗,๗๘๒/๑๓,๕๖๓)	๔๕.๓๖ (๖,๓๓๒/๑๓,๙๕๘)	๔๒.๑๖ (๖,๓๘๕/๑๕,๑๔๓)

อัตราการให้ผู้ป่วย triage ระดับ ๑ และ ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชม. ตั้งแต่ปี ๒๕๖๖-๒๕๖๘ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องต่ำกว่าเป้าหมาย สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านความพร้อมของหน่วยงานรองรับผู้ป่วยวิกฤต โดยพบว่าในหลายกรณี Ward และ ICU ไม่สามารถรับผู้ป่วยได้ทันที เนื่องจากจำนวนเตียงไม่เพียงพอ หรือเตียงที่ว่างอยู่ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางการรักษาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่ใน ER นานเกินไป และเกิดภาวะ overcrowding ความล่าช้าจากรอผลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือรังสีวินิจฉัย (investigation) รวมถึงการเริ่มต้นการรักษา ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องและมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น การรอคอยการรักษาใน ER นานเกินไปยังสร้างความเครียดทั้งต่อผู้ป่วยและญาติ และเพิ่มภาระการทำงานของบุคลากรฉุกเฉิน ทำให้เกิดความล่าช้าในการประเมินและให้บริการผู้ป่วยรายใหม่ภาวะ ER overcrowding นี้สะท้อนถึงปัญหาระบบการจัดการผู้ป่วยเชิงบูรณาการระหว่าง

หน่วยงานภายในโรงพยาบาลที่ยังขาดความเชื่อมโยงและการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะในขั้นตอนการวางแผน การสื่อสาร และการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน

๕) ปัญหาอุปสรรค/การแก้ไขปัญหา/ข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑. พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ไม่เพียงพอ ในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากมีงบประมาณในการพัฒนาบุคลากรจำกัด ๒. นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic Nurse) มีไม่ครบทุกโรงพยาบาล และไม่มีตำแหน่งบรรจุ ๓. ภาระงานห้องฉุกเฉิน มีมากต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินทุกโรค เช่น Stroke STEMI Sepsis Trauma เป็นต้น และต้องออกปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งต่อผู้ป่วย ๔. การเชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบส่งต่อ ในรูปแบบ Telemedicine ผ่านระบบ AOC ยังไม่ครบในเครือข่ายจังหวัดลำพูนและพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ที่เป็นเครือข่าย ทั้ง pre hospital, in-hospital และ inter facility ๕. ระบบการจัดเก็บข้อมูลและรายงานข้อมูลมีความหลากหลาย ๖. ระบบสารสนเทศด้านข้อมูลในการเข้าถึงมูลแล้วเพื่อนำมาใช้งาน,วิเคราะห์ มีความยุ่งยากซับซ้อน	๑. มีงบประมาณสนับสนุนในการพัฒนาบุคลากรในการส่งเจ้าหน้าที่อบรมพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินให้โรงพยาบาลชุมชน ๒. กำหนดให้มีตำแหน่งนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) ครบทุกโรงพยาบาลและมีกรอบตำแหน่งรองรับ ๓. ขอผู้บริหารพิจารณาจัดสวัสดิการให้ผู้ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินให้มีความปลอดภัย และมีค่าตอบแทนที่เหมาะสม เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุข อารมณ์การคงอยู่ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉินตลอดไป ๔. ขอสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดซื้อครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลในระบบ AOC ในครบทุกโรงพยาบาลในจังหวัดลำพูน และสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบ AOC ร่วมกับเครือข่ายในจังหวัดเชียงใหม่ ๕. ควรเชื่อมโยงระบบการจัดเก็บข้อมูลโปรแกรมเดียวและอบรมชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติที่มีส่วนร่วมในการรายงานข้อมูล เพื่อให้เกิดความชัดเจนและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ๖. ควรจัดระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ง่ายต่อการนำข้อมูลมาใช้งาน และในการวิเคราะห์ต่างๆ

๖) สิ่งที่ต้องการรับสนับสนุนจาก เขตสุขภาพ/ส่วนกลาง

๑. สนับสนุนให้ทุนในการพัฒนาบุคลากรในการส่งเจ้าหน้าที่อบรมพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินให้โรงพยาบาลชุมชน

๒. สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินระบบ AOC ในครบทุกโรงพยาบาลในจังหวัดลำพูน และสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบ AOC ร่วมกับเครือข่ายในจังหวัดเชียงใหม่

๗) สิ่งที่มีงน้นดำเนินการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๗๐

เป้าหมายหลัก:

“ยกระดับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และมีคุณภาพมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด”

๑. ด้านระบบบริการและคุณภาพการดูแล

- One Province One ER และ Fast Track System
- พัฒนาระบบ AOC-Telemedicine เชื่อมโยงข้อมูล Prehospital-In-hospital-Interfacility ครบ ๑๐๐%
- พัฒนา แนวทาง Trauma Team Activation และ OR within ๖๐ min protocol
- ทบทวนและพัฒนา ER Flow Process เพื่อลดเวลาผู้ป่วย L๑, L๒ อยู่ใน ER < ๒ ชั่วโมง

๒. ด้านพัฒนาศักยภาพบุคลากร

- ส่งเสริมการอบรม พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และ Paramedic Nurse ให้ครบทุก รพช.
- พัฒนาทักษะเฉพาะทางผ่านหลักสูตร ACLS / ATLS / PHTLS / Trauma Audit
- พัฒนาทักษะของบุคลากรในเครือข่าย รพช. / กู้ชีพระดับพื้นฐาน

๓. ด้านระบบข้อมูลและนวัตกรรม

- พัฒนา ระบบฐานข้อมูลกลาง ER-EMS Dashboard จังหวัดลำพูน
- นำร่อง Smart EMS ระบบ Telemedicine EMS สำหรับติดตามการเข้าถึงผู้ป่วยแบบ real-time
- ส่งเสริมงาน วิจัยเชิงระบบและนวัตกรรมด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

๔. ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและความปลอดภัย

- ส่งเสริมการรับรู้ภาวะฉุกเฉินและการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน “รู้ทันภาวะฉุกเฉิน โทร ๑๖๖๙ ทันเวลา” ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และงานบริการปฐมภูมิ
- ส่งเสริมเครือข่าย อาสากู้ชีพ-ประชาชนเข้าถึงบริการฉุกเฉินในชุมชน (First responder)
- ขับเคลื่อน มาตรการลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ร่วมกับ ศปถ.จังหวัด

สรุปผลการดำเนินงานศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลลำพูน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘
โดย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน

๑. บริบท (Context)

ก. หน้าที่ และเป้าหมาย (Purpose)

ศูนย์ส่งต่อจังหวัดลำพูนทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการประสานงานส่งต่อ-รับกลับผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดลำพูน และเชื่อมโยงการรักษากับโรงพยาบาลแม่ข่ายจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลลำปาง โดยศูนย์ส่งต่อมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองความเหมาะสมของการส่งต่อ จัดลำดับความเร่งด่วน และทำหน้าที่เป็น One Contact Point เพื่อลดความล่าช้า ความซ้ำซ้อน และให้ข้อมูลครบถ้วนก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทั้งนี้ เครือข่ายบริการจังหวัดลำพูนประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน ๗ แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน ๓ แห่ง รวมถึงการรองรับผู้ป่วยวิกฤตจากเชียงใหม่สายใต้ โดยมีระบบส่งต่อ Fast Track สำคัญ เช่น Stroke, STEMI, Trauma และผู้ป่วยเด็กวิกฤต ศูนย์ส่งต่อยังมีบทบาทเชิงระบบในการกำหนดและทบทวนเกณฑ์ส่งต่อร่วมกับเครือข่าย วิเคราะห์ข้อมูล refer ทั้งจังหวัด ติดตามผลลัพธ์การรับกลับภายใน ๒๔ ชั่วโมง รวมถึงทบทวนปัญหาเชิงคุณภาพของเคสต่าง ๆ เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด รวดเร็ว ปลอดภัย และนำไปสู่ระบบบริการที่มีคุณภาพและยั่งยืน

ข. ขอบเขตการให้บริการระบบส่งต่อจังหวัดลำพูน (Scope of Service)

๑. ศูนย์ประสานงานการส่งต่อระดับจังหวัด ทำหน้าที่ประสานงานระหว่าง โรงพยาบาลลูกข่ายของจังหวัดลำพูน ยังโรงพยาบาลแม่ข่ายและประสานส่งต่อเกินศักยภาพด้านต่างไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเขตบริการสุขภาพ

๒. ประสานการรับส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตระหว่างสถานพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วยกับ เครือข่ายโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ทั้ง รพช., รพท และ รพศ. ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ตามแนวทางที่กำหนด

๓. จัดการระบบ Refer In Emergency , Refer Out ,Refer Back และ Refer Receive ตั้งแต่รับประสานเคส ปรีกษาแพทย์แต่ละสาขาและบริหารจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วย

๔. การประสานข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็น ก่อน-ระหว่าง-หลังการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้การส่งต่อมีความต่อเนื่อง ปลอดภัย และแพทย์ปลายทางสามารถเตรียมพร้อมได้อย่างถูกต้อง รวมถึงระบบ Fast Track (STEMI, Stroke, Trauma, Obstetric และ Pediatric เป็นต้น

๕. ร่วมบริหารเตียงและทรัพยากรระดับจังหวัด สนับสนุนข้อมูล real-time เครื่องมือสำคัญ (Ventilator, รถ Ambulance) และพยาบาลทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วย

๖. ติดตามผลการส่งต่อ (Referral Outcome Monitoring) เช่น การรับกลับ,การส่งต่อภายใน ๒๔ ชม. ภาวะแทรกซ้อน, ความครบถ้วนเอกสาร

๗. สนับสนุนคุณภาพระบบส่งต่อ รวบรวมข้อมูล /สถิติการให้บริการการรับส่งต่อผู้ป่วยสรุปข้อมูลรายเดือน วิเคราะห์ปัญหา รายงานตัวชี้วัด และพัฒนาระบบส่งต่อร่วมกับเครือข่ายจังหวัดลำพูนเพื่อนำเสนอผู้บริหาร

๘. ร่วมตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ในโรงพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานและพร้อมใช้งานตลอดเวลา

ค. ศักยภาพของศูนย์ส่งต่อจังหวัดลำพูน (Capabilities)

๑. มีระบบประสานงานครบวงจร (One-Stop Referral Coordination) Line กลุ่มประสานส่งต่อการประสาน ปรีกษากับแพทย์โดยตรง และการบันทึกข้อมูลระบบส่งต่อผ่านโปรแกรม CMHIS และระบบ MOPH Refer ของกระทรวงสาธารณสุข

๒. จัดลำดับความเร่งด่วนเคส (Triage for referral) ให้เหมาะกับการส่งต่อและการรับกลับ

๓. มีความเชี่ยวชาญการประสาน Fast Track เช่น Stroke, STEMI, Trauma, Obstetric, Peds, Psychi

๔. สามารถวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำเสนอผู้บริหารได้ เช่น Top disease refer โรงพยาบาลที่ส่งต่อมากที่สุด เคสปัญหา (communication ,documentation ,equipment, care Management)

ง. ข้อจำกัด

๑. ข้อจำกัดด้านทรัพยากร จำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤตไม่เพียงพอต่อการรับประสานส่งต่อจากโรงพยาบาล เครือข่ายรอยต่อเขตสุขภาพ

๒. ภาระงานของศูนย์ส่งต่อสูงในช่วงเวลาเดียวกันที่มีเคสประสานส่งต่อมาพร้อมๆ กันทำให้เกิดความล่าช้าของเครือข่ายเขตสุขภาพ

๓. ข้อจำกัดด้านโรงพยาบาลลูกข่ายความเชี่ยวชาญบุคลากรและอุปกรณ์แตกต่างกัน ทำให้การประเมินก่อนส่งบางครั้งไม่ครบถ้วนตาม CPG,Clinical policy และการปฏิบัติไม่ต่อเนื่องระบบไม่เชื่อมโยงกัน

จ. จำนวนบุคลากร อัตรากำลัง

ในเวลาราชการ (เวรเช้า) หัวหน้าการพยาบาลศูนย์ส่งต่อ ๑ คนทำหน้าที่กำกับดูแลภาพรวมระบบส่งต่อ ประสานงานระดับจังหวัด ทั้ง (Refer in ,Refer out ,Refer back และ Refer Receive) ทำหน้าที่รับเรื่องส่งต่อ (ติดตามผลการส่งต่อ และรายงานตัวชี้วัดสำคัญ และมีผู้ช่วยธุรการ ๑ คนซึ่งทำหน้าที่สนับสนุนงานเอกสาร งานธุรการ การบันทึกข้อมูลในระบบ และการประสานงานเบื้องต้น ส่วนนอกเวลาราชการ (เวรบ่าย-ดึก) พยาบาลวิชาชีพ ๑ คน/เวรทำหน้าที่รับเรื่องส่งต่อประเมินความเร่งด่วน ประสานแพทย์ผู้รับเคส ทั้งในโรงพยาบาลแม่ข่าย และลูกข่าย รวมถึงสรุปข้อมูลเข้าระบบเพื่อส่งต่อเวรเช้า

อัตรากำลัง	พยาบาลวิชาชีพ	พนักงานผู้ช่วยธุรการ
เวรดึก	๑	-
เวรเช้า	๑	๑
เวรบ่าย	๑	-

ง.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

๑. ตัวชี้วัด (KPI)

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยนับ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	ผู้รับผิดชอบ
๑	ร้อยละของพยาบาลศูนย์รับส่งต่อประสานข้อมูลผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วน	๑๐๐	ร้อยละ	๙๕	๙๗	๙๘	จิราภรณ์
๒	ร้อยละของพยาบาลส่งต่อที่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยได้เหมาะสม	< ๕	ร้อยละ	๔	๒	๒.๕	จิราภรณ์
๓	ร้อยละของพนักงานขับรถรีเฟอร์มีชั่วโมงการปฏิบัติงานไม่เกิน ๑๒ ชั่วโมง	๑๐๐	ร้อยละ	๑๐๐	๙๗	๑๐๐	จิราภรณ์
๔	ร้อยละของความพึงพอใจการประสานรับส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์รับ-ส่งต่อโรงพยาบาลลำพูน	≥ ๘๐	ร้อยละ	๘๓	๙๐	๙๐	จิราภรณ์

สรุปภาพรวม : ระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตัวชี้วัดอยู่ในระดับควบคุมได้ดี โดยมีจุดที่ต้องพัฒนาเรื่องกำลังคน ความครบถ้วนข้อมูลในเคสเร่งด่วน และความต่อเนื่องของข้อมูลระหว่างเครือข่าย.

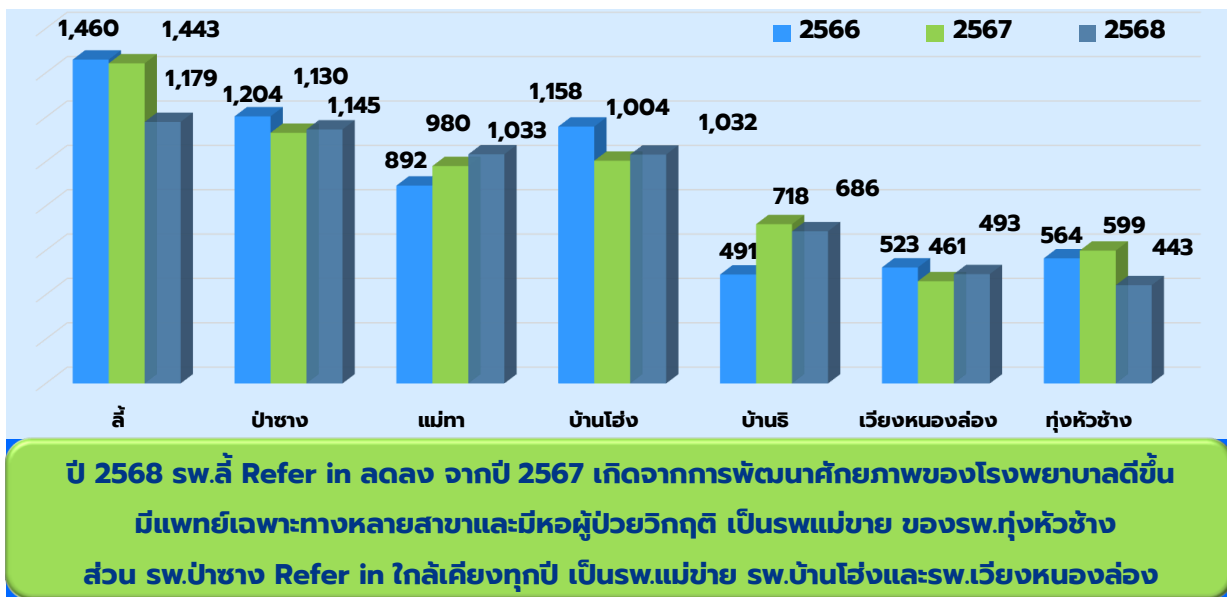
๒. สรุปแนวโน้มภาพรวมผลการดำเนินงานระบบส่งต่อ จังหวัดลำพูน (ปี ๒๕๖๖-๒๕๖๘)

รายการ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	แนวโน้ม
Refer in (ER case)	๗,๓๗๔	๗,๕๙๑	๗,๐๗๓	↓ ลดลง ๖.๘%
Refer out	๗๑๗ (รับ ๖๗๗, ๙๔.๔%)	๘๐๓ (รับ ๗๖๗, ๙๕.๕%)	๕๒๓ (รับ ๕๐๕, ๙๖.๖%)	↓ ลดลงต่อเนื่อง
Refer back	๖๓๗	๗๒๓	๙๖๐	↑ เพิ่มขึ้น ๓๒.๘%
Refer receive	๕๑	๔๘	๓๖	↓ ลดลง ๖ %

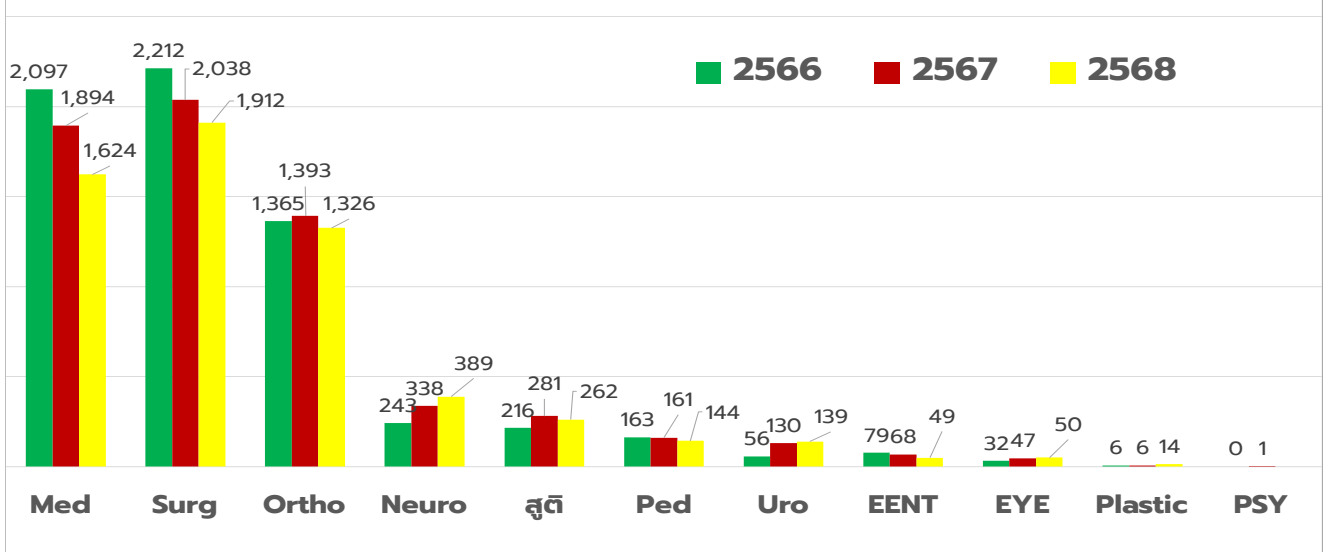
สรุปภาพรวม

- ปริมาณ Refer in (ER) ลดลงเล็กน้อยในปี ๒๕๖๘ แสดงถึงการบริหารผู้ป่วยระดับรพช.ได้ดีขึ้น
- Refer out ลดลงต่อเนื่องและอัตราการ “รับเคสสำเร็จ” เพิ่มขึ้นจาก ๙๔.๔% → ๙๖.๖%
- Refer back เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนความเข้มแข็งของระบบติดตามผู้ป่วยกลับและพัฒนาด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- Refer receive ลดลงต่อเนื่อง แสดงถึงโรงพยาบาลปลายทางสามารถรักษาและจำหน่ายกลับได้ภายในจังหวัด

จำนวนผู้ป่วย Refer in จารพช. 3 ปี ย้อนหลัง



จำนวนผู้ป่วย Refer in แยกตามสาขา (Service Plan) จังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ 2566-2568

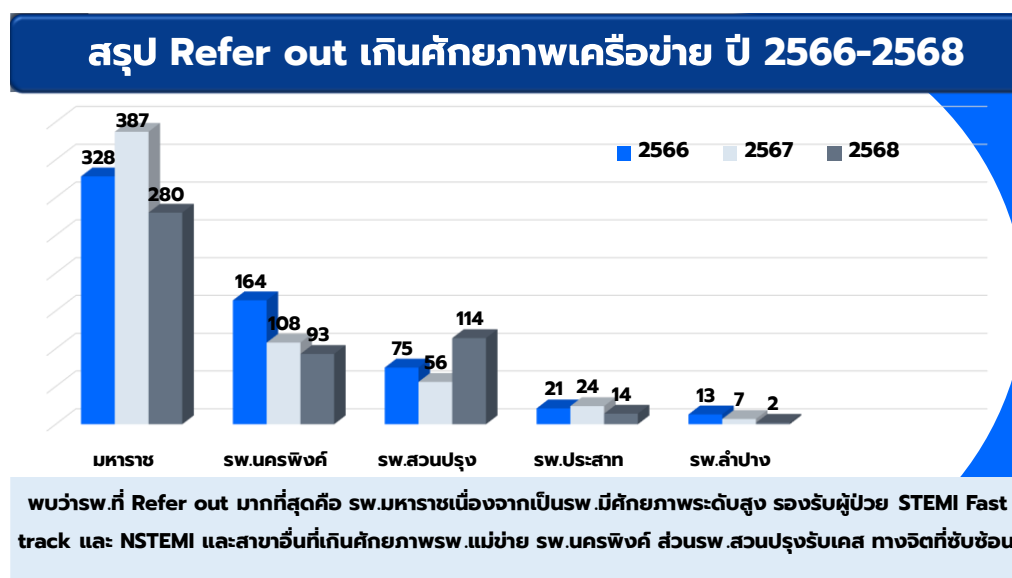
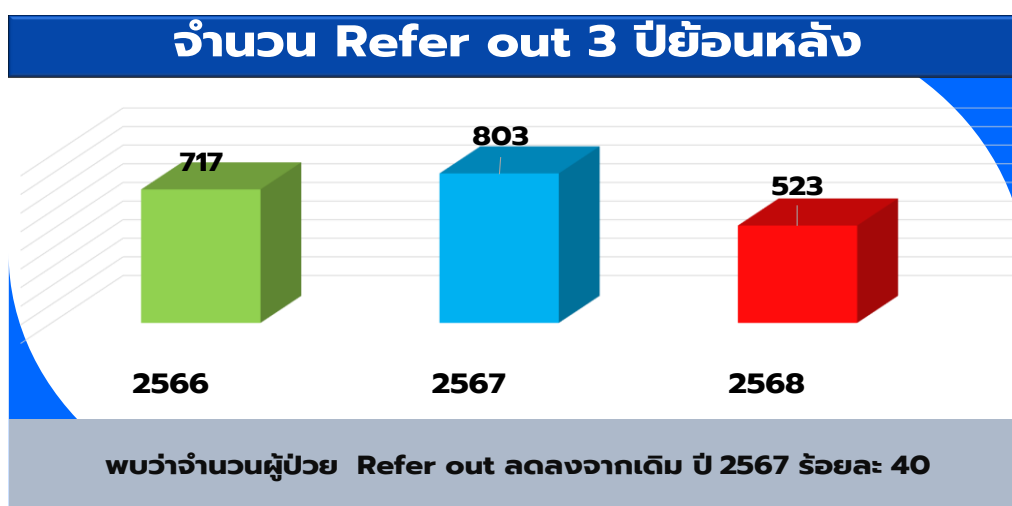


การวิเคราะห์ภาพรวม

- โรงพยาบาลลิ้น มีศักยภาพสูงสุดในเครือข่ายและเป็นโรงพยาบาลพยาบาลแม่ข่าย ให้กับโรงพยาบาลทุ่งหัวช้าง (มีแพทย์เฉพาะทางครบ ๔ สาขา และ ICU ๔ เตียง) ส่วนโรงพยาบาลป่าซาง มีศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกับโรงพยาบาลลิ้น และเป็นพยาบาล แม่ข่าย ให้กับ โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง และโรงพยาบาลเวียงหนองล่อง
- โรงพยาบาลแม่ทา และโรงพยาบาลบ้านธิ มีปริมาณ Refer in คงที่หรือเพิ่มเล็กน้อย
- กลุ่มโรคหลักที่ยังมากที่สุดคือ อายุรกรรม และศัลยกรรม (แม้มีแนวโน้มลดลง)
- กลุ่มระบบประสาท (Neuro) เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จากระบบ Fast Track Stroke แนวโน้มโดยรวมสะท้อนถึงศักยภาพเครือข่ายรพช. ที่เพิ่มขึ้น การบริหารผู้ป่วยที่เหมาะสมยิ่งขึ้นและระบบส่งต่อมีแนวโน้มเสถียรภาพและประสิทธิภาพมากขึ้นสะท้อนการบริหารจัดการระบบส่งต่อและการประสานงานที่มีคุณภาพมากขึ้น

Refer in ประสานจากเชียงใหม่สายใต้ ปี 2566-2568					
ปีงบประมาณ	รพ.ในเขต 1+อื่น รับประสานทั้งหมด (รวม)	รับเคส	รพ.เชียงใหม่สาย ใต้ (รวม)	รับเคส	เหตุผลที่ไม่รับ case
2566	559	242 (43.29%)	193	61 (31.61%)	ICU เต็ม (Condition ICU)
2567	613	228 (37.19%)	229	64 (27.95%)	ICU เต็ม (Condition ICU)
2568	842	280	171	65 (38 %)	ICU เต็ม (Condition ICU)

๓. แนวโน้มการส่งต่อ (Refer out) เกินศักยภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗-๒๕๖๘

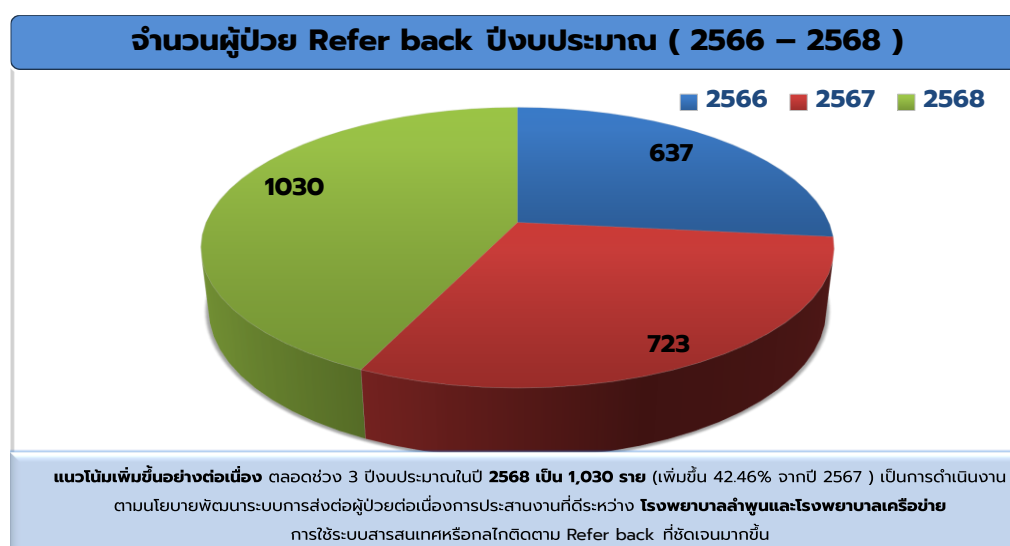


สาขา / Service Plan	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘ / แนวโน้ม	ปัญหาหลัก
หัวใจและหลอดเลือด	๒๕๔	๑๘๒ ↓ ลดลง ๒๘%	ขาดอุปกรณ์เครื่องมือ
ศัลยกรรมอุบัติเหตุ	๑๑	๑๓ ↑ เพิ่มขึ้น ๑๕%	เกินศักยภาพ, ต้องทำ Embolization
ศัลยกรรมทรวงอก	๕๗	๔๙ ↓ ลดลง ๑๔%	ขาดแพทย์เฉพาะทาง (CVT)
ศัลยกรรมหลอดเลือด	๘	๑๙ ↑ เพิ่มขึ้น ๕๘%	ขาดแพทย์เฉพาะทาง, เกินศักยภาพ
ระบบทางเดินปัสสาวะ	๓	๑๑ ↑ เพิ่มขึ้น ๗๓%	ไม่มีแพทย์เวรให้คำปรึกษา
จิตเวช	๕๖	๑๑๔ ↑ เพิ่มขึ้น ๕๑%	รักษาตามอาการทางจิตเวช, ไม่มีเตียงเฉพาะทาง
ศัลยกรรมประสาท	๑๙	๑๑ ↓ ลดลง ๔๒%	ขาดแพทย์เฉพาะทาง, ICU เต็ม
อายุรกรรมประสาท	๒๕	๒๐ ↓ ลดลง ๒๐%	หัตถการ Thrombectomy
สูติกรรม	๔	๒ ↓ ลดลง ๕๐%	Stop labor ไม่ได้
Plastic / Urology / EENT	๑๔	๒๑ ↑ เพิ่มขึ้น	ขาดแพทย์เฉพาะทาง

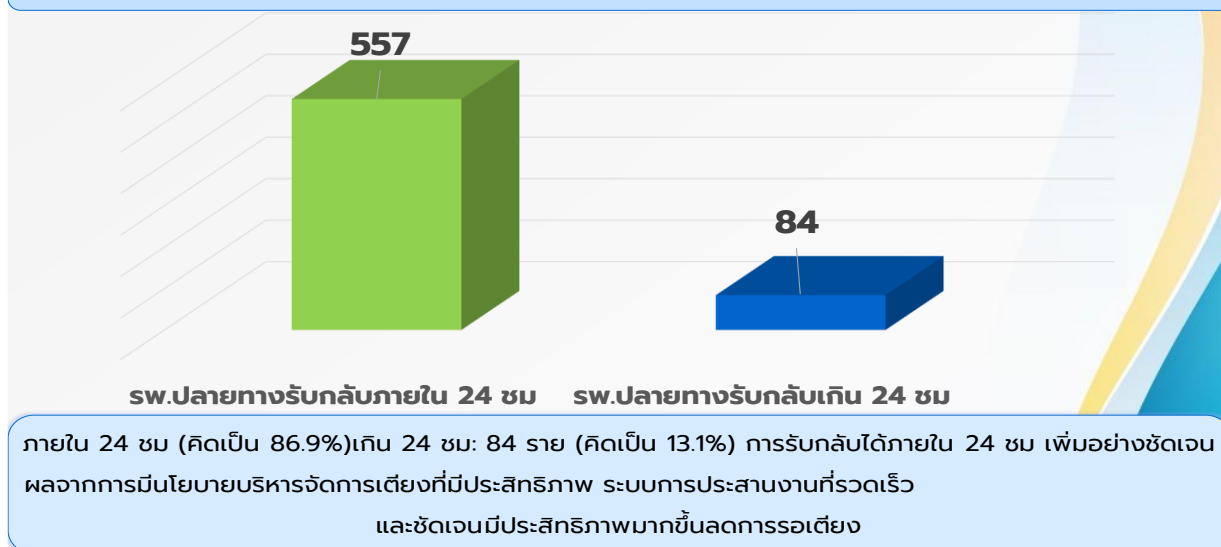
สรุป : สาขาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ ศัลยกรรมหลอดเลือด ระบบทางเดินปัสสาวะ จิตเวช และศัลยกรรม Plastic แสดงถึงข้อจำกัดของบุคลากรเฉพาะทางและอุปกรณ์ที่ยังคงต้องพัฒนา ส่วนสาขาที่มีแนวโน้มลดลง ได้แก่ หัวใจและหลอดเลือด ศัลยกรรมทรวงอก ศัลยกรรมประสาท และอายุรกรรมประสาท สะท้อนถึงศักยภาพของโรงพยาบาลลำพูนที่เพิ่มขึ้น

ปัญหาซ้ำซ้อนหลัก คือ ขาดแพทย์เฉพาะทาง เครื่องมือไม่เพียงพอ และเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ไม่เพียงพอ ส่วนโรงพยาบาลปลายทางหลัก ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และ โรงพยาบาลนครพิงค์ ควรมีการพิจารณาสาขาหลักที่มีการส่งต่อที่สูง

๔. สรุปแนวโน้มภาพรวมการส่งกลับ (Refer back) โรงพยาบาลชุมชน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗-๒๕๖๘



ผู้ป่วย Refer back ภายใน 24 ชม บังบ (2568)



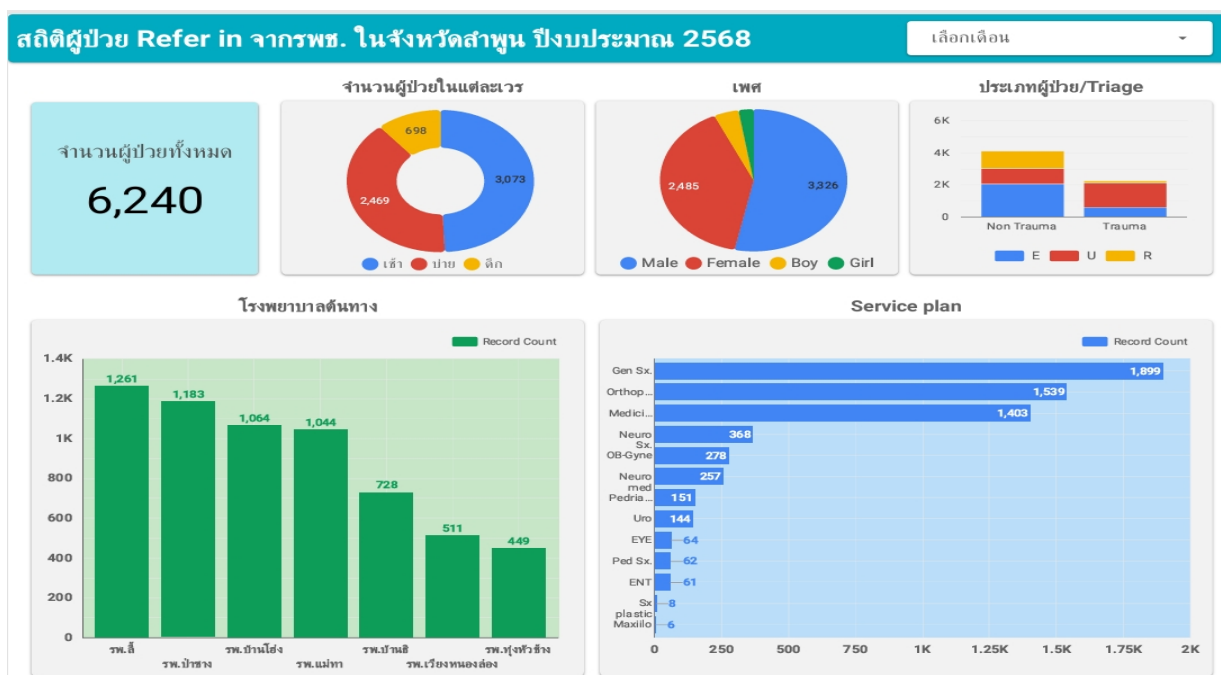
สรุป : พบว่าจำนวนผู้ป่วย Refer Back เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๑ เป็นร้อยละ ๕๙ ของผู้ป่วยทั้งหมด สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบการส่งต่อกลับ (Refer Back) ที่ดีขึ้นจากการวิเคราะห์ประเด็นระบบการส่งต่อกลับ (Refer back)

๑. มีนโยบายการบริหารจัดการเตียงทำให้ระบบส่งกลับผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลเครือข่ายมีความต่อเนื่องและรวดเร็วมากขึ้นลดอัตราการครองเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยรายใหม่ที่อยู่ในภาวะวิกฤต

๒. โรงพยาบาลชุมชนมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังรักษาเฉียบพลันได้มากขึ้น

๓. ระบบติดตามผู้ป่วย (Tracking) และการประสานผ่านช่องทางออนไลน์ช่วยลดความล่าช้าในการรับกลับและมีการสร้าง Dashboard การติดตามผู้ป่วยค้างรับกลับ ของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อสะดวกในการดูข้อมูล

๕. พัฒนาระบบการติดตามข้อมูล Refer แบบเรียลไทม์ ผ่าน Looker Studio เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น



๖. ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน

๑. กระบวนการประสานงานผ่านศูนย์ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเขตสุขภาพไปยังโรงพยาบาลปลายทางที่เกินศักยภาพมีความซับซ้อนและล่าช้า

- กรณีเคสฉุกเฉิน Fast Track (เช่น Stroke) ส่วนยังต้องผ่านศูนย์ฯ มีความล่าช้าเสียโอกาสในการรักษา ส่วน Fast Track STEMI มีแนวทางที่ชัดเจน

- ระบบการประสานส่งต่อผู้ป่วยไม่มียึดหยุ่นเพียงพอต่อภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน

๒. ปัญหาเตียงผู้ป่วยใน (ICU/เตียงสามัญ) เต็มของเครือข่ายสุขภาพ กรณี Refer out เกินศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพ แม้แพทย์เฉพาะทางที่รับเคสเข้ารับรักษาจากแพทย์ปลายทางแล้วแต่ยังต้องรอเตียงส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึง การรักษาล่าช้า

๓. การสื่อสารระหว่างหน่วยงานบางช่วงยังไม่ต่อเนื่องข้อมูลจากต้นทางถึงปลายทางผ่านหลายช่องทางทำให้เกิดความซ้ำซ้อนข้อมูลไม่ได้รับการส่งต่อ

๔. ขาดแพทย์เฉพาะทางในบางสาขาหลัก เช่น ศัลยกรรมหลอดเลือด, Urology, จิตเวช ส่งผลให้ต้องส่งต่อ

๕. ข้อจำกัดด้านอุปกรณ์และเครื่องมือเฉพาะทางโดยเฉพาะในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด, ศัลยกรรมระบบประสาท และศัลยกรรมทรวงอก

๗. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

๑. ปรับระบบประสานงาน Fast Track ให้ติดต่อปลายทางได้โดยตรงในกรณีเร่งด่วน

๒. เพิ่มศักยภาพเตียง ICU และเตียงสามัญรองรับเคสฉุกเฉิน

๓. สนับสนุนการพัฒนาแพทย์เฉพาะทางในสาขาที่มีการส่งต่อสูง

ที่มา : กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

◆ กลุ่มงานนิติเวชและรักษาศพ

บริบท

กลุ่มงานนิติเวชและรักษาศพโรงพยาบาลลำพูน มีหน้าที่ให้บริการเกี่ยวกับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต ซึ่งอาจเกิดเป็นคดีความ รวมไปถึงผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล โดยแยกเป็น

๑. งานนิติเวช ซึ่งประกอบด้วยหน้าที่รับผิดชอบหลักๆ ๒ ส่วน คือ ส่วนของผู้ป่วยคดี (Clinical Forensic medicine) ส่วนของศพคดี (Forensic Scene investigation and Autopsy Examination) และงานธุรการนิติเวช ดังมีรายละเอียดดังนี้

๑.๑ งานบริการผู้ป่วยคดี (Clinical Forensic medicine) มีหน้าที่ให้บริการตรวจ รักษาและประเมินการบาดเจ็บเบื้องต้นและรับปรึกษา โดยแพทย์นิติเวชในเวลาราชการ ให้กับผู้ป่วยที่เข้าข่ายว่าจะถูกทำร้ายหรือได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายโดยบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางรวบรวม และประสานกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง กับผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดคดีความที่นอกเหนือไปจาก กรณีถูกทำร้ายร่างกาย เช่น กรณีอุบัติเหตุต่างๆ ตรวจหาสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์จากร่างกายผู้เสียหาย ตามคำร้องขอของพนักงานสอบสวน เป็นต้น ทั้งยังให้บริการตรวจประเมินอายุตามคำสั่งของศาลหรือ คำร้องขอของหน่วยงานราชการ

๑.๒ งานบริการศพคดี (Forensic Scene investigation and Autopsy Examination) ให้บริการตามหน้าที่ในตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ว่าด้วยการชันสูตรพลิกศพ เพื่อบรรลุจุดประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพ โดยจัดให้มี แพทย์นิติเวช แพทย์เวร และเจ้าหน้าที่ ที่สามารถออกชันสูตรแทนแพทย์เมื่อได้รับการร้องขอจากพนักงานสอบสวนให้เข้าร่วมการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพได้ ตลอด ๒๔ ชั่วโมงและยังให้บริการตรวจชันสูตรศพที่เสียชีวิตผิดธรรมชาติภายในโรงพยาบาลโดยวิธีการผ่าชันสูตร ตรวจหาสารพิษ และตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาในวันและเวลาราชการ รวมไปถึงการเก็บรักษาและจำหน่ายวัตถุพยานให้กับพนักงานสอบสวน

๑.๓ งานธุรการนิติเวช ให้บริการประสานการออกรายงานเอกสารตามกฎหมายของแพทย์และการเป็นพยานต่อศาลของบุคลากรในโรงพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล รวบรวมสถิติและข้อมูลทั้งผู้ป่วยคดีและศพคดีของหน่วยงาน

๒. งานบริการรักษาศพ ให้บริการเก็บรักษาและดูแลศพ เพื่อจำหน่ายให้กับญาติ ทั้งกรณีของศพคดีที่ผ่านการชันสูตรแล้ว และศพผู้ป่วยที่เสียชีวิตตามโรคทางธรรมชาติในโรงพยาบาล

ผลการดำเนินงาน

ข้อมูลด้านงานบริการ	ปี ๒๕๖๘
จำนวนผู้ป่วยคดี (โดยรวม)	๕๒๐
จำนวนศพคดี (โดยรวม)	๔๖๖
จำนวนการเก็บรักษาศพ (โดยรวม)	๗๗๘

ที่มา : กลุ่มงานนิติเวชและรักษาศพ

◆ กลุ่มงานหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก

เริ่มเปิดบริการหอผู้ป่วยจักษุ เมื่อวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ซึ่งรับเฉพาะผู้ป่วยสาขาจักษุ (เดิมอยู่รวมกับหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหูและเด็ก) และตั้งแต่วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๗ เริ่มรับผู้ป่วยสาขาโสต ศอ นาสิก ได้เปลี่ยนชื่อหอผู้ป่วยเป็น หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก

๑.บริบท (Context)

ก.หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose) : ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทางจักษุวิทยาและผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจ

ข.ขอบเขตการให้บริการ (scope of service): ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยในด้านจักษุและโสต ศอ นาสิก ประเภทต่างๆ ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ให้การรักษาทั้งผ่าตัดและไม่ผ่าตัด รวมถึงให้คำปรึกษารักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในเวลาราชการ ผู้ป่วยในให้บริการที่หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก อาคารอเนกประสงค์ ชั้น ๔

ด้านศักยภาพและข้อจำกัด โรคทางจักษุที่ต้องการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะที่ต้องส่งต่อไปยังบริการระดับ สูงขึ้น เช่นโรคตาเหล่ ตาเข โรคจอประสาทตา โรคมะเร็งทางตา การเปลี่ยนกระจกตา

ด้านศักยภาพและข้อจำกัด สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งทางหู คอ จมูก และการผ่าตัดที่ซับซ้อน เช่น Acoustic Neuroma จะส่งรักษาต่อไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และในส่วนของผู้ป่วยที่ตรวจการได้ยิน audiogram แล้วต้องตรวจ ABR (Auditory brainstem response) AABR ปัจจุบันมีเครื่องมือช่วยในการตรวจแล้วแต่ประสบการณ์เจ้าหน้าที่ที่มีทักษะความชำนาญประสบการณ์ในการตรวจยังมีน้อย

ค.ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ :

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ลูกค้าภายนอก	
ผู้ป่วย	- ได้ตรวจกับแพทย์เฉพาะทาง ได้รับข้อมูลและแผนการรักษา การรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น - ได้รับบริการที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส การดูแลเอาใจใส่ของแพทย์และพยาบาล และเจ้าหน้าที่ - หอผู้ป่วย สะอาด สะดวก ปลอดภัย - ได้ตรวจและติดตามผลการรักษาทุกวัน ได้รับข้อมูลเรื่องค่าใช้จ่าย เรื่องการดูแลตนเองที่บ้านอย่างเหมาะสม
ครอบครัว/ญาติ	- ได้รับข้อมูลและแผนการรักษา การรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ข้อจำกัดต่างๆในการดูแลและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด
ลูกค้าภายใน	
ผู้บริหาร	- ให้การดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ไม่มีข้อร้องเรียนและฟ้องร้อง
แพทย์	- เตรียมผู้ป่วยและเอกสารได้ถูกต้อง ถูกคน รวดเร็ว ครบถ้วน และดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ
พยาบาล	- ให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพ การพยาบาลมีคุณภาพและปลอดภัย - สถานที่ทำงานไม่แออัด เป็นสัดส่วนตามมาตรฐาน - แพทย์ออกตรวจตรงตามเวลา

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
เภสัชกร	- ต้องการคำสั่งการจ่ายยาของแพทย์ที่ถูกต้อง และครบถ้วน - มีการเฝ้าระวังยาความเสี่ยงสูงตามข้อกำหนด
ห้องผ่าตัด	- มีการ Set ผ่าตัดในคอมพิวเตอร์ทุกครั้ง ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ทั้งเคสปกติและฉุกเฉิน - มีการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ได้รับการประเมินความรู้ การเตรียมพร้อมด้านเอกสาร ร่างกายและจิตใจ เครื่องมือพิเศษ/การเคลื่อนย้าย - ได้รับการผ่าตัดถูกต้องตามแผนการรักษา ปลอดภัย ย้ายออกจากห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัย
แผนกวิสัญญี	- ได้รับการประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัดครบถ้วน รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ - ได้รับการใช้ยาระงับความรู้สึก และได้เฝ้าระวังระหว่างและหลังได้รับยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐานวิชาชีพ
แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	- มีการสื่อสารประสานงาน ข้อมูลและเอกสารถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว - มีการประเมินเบื้องต้นก่อนการส่งส่งต่อ / admit
ห้องตรวจจักษุ	- มีการสื่อสารประสานงาน ข้อมูลและเอกสารถูกต้อง ครบถ้วน
ห้องพยาธิวิทยา	- ได้รับใบ Request ตรงตามคำสั่งแพทย์ บันทึกในคอมพิวเตอร์ ส่งส่งตรวจและวิธีการเก็บส่งตรวจ ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ถูกคน
แผนกรังสี	- ได้รับใบ Request ตรงตามคำสั่งแพทย์ ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ถูกคน ถูกข้าง - กรณีฉุกเฉินให้โทรประสานก่อน
ห้องตรวจสอบสิทธิ์	- ได้รับเอกสารครบถ้วน ถูกต้อง ถูกคน
ห้องการเงิน	- ได้รับเอกสารครบถ้วน ถูกต้อง ถูกคน และมีการบันทึกค่าใช้จ่ายในคอมพิวเตอร์อย่างครบถ้วน
แผนกเวชระเบียน	- ได้รับเอกสารที่ถูกต้อง ถูกคน ตามอาการของผู้ป่วย - มีการบันทึกเวชระเบียนถูกต้อง ครบถ้วน ส่งเวชระเบียนตามเวลาที่กำหนด
แผนกเปล	- มีการสื่อสารที่ชัดเจน ชื่อหน่วยงานต้นทาง ปลายทาง ประเภทรถเข็น อุปกรณ์พิเศษ ความเร่งด่วน - เตรียมผู้ป่วยและ Chart ให้พร้อม
ศูนย์รับผู้ป่วยใน	- ได้รับเอกสารครบถ้วน ถูกต้อง ถูกคน

ง.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (key Quality Issues) : การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย มีประสิทธิภาพรวมถึงได้รับการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องและมีความพึงพอใจ

จ.ความท้าทาย และความเสี่ยงสำคัญ :

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๑.	การเตรียมผู้ป่วยตรวจได้ถูกคน (Patient Identify)	- พยาบาลเตรียม Chart และผู้ป่วยให้ตรงกัน ก่อนแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ	- อัตราการเตรียมผู้ป่วยถูกคน ถูกต้อง ร้อยละ ๑๐๐
๒.	การเตรียมผู้ป่วยทำหัตถการ, ผ่าตัด ตา ผิดข้าง, ผิดคน, ผิด Lens power	- มีแนวทางการ Identify ผู้ป่วยตามแนวทาง ๓ จุดหยุดความเสี่ยง การตรวจสอบข้อมูลในเวชระเบียน ได้แก่ หัตถการ, ตาข้างที่ผ่าตัด, Lens power, การส่ง Set ผ่าตัด ในคอมพิวเตอร์ - แนวทางการให้ข้อมูลก่อนการทำหัตถการ อธิบายข้อมูล และให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมทำหัตถการหรือผ่าตัด - แนวทาง Safety surgery สอบถามผู้ป่วยว่าจะทำหัตถการ, ผ่าตัดตาข้างไหน - กรณีผ่าตัดตา ทำป้ายข้อมือผูกข้อมือข้างที่ผ่าตัด เพื่อเป็นการ Identify ตาข้างที่ตัดขมตาและหยอดยาขยายม่านตา - แนวทางการทำ Mark site ก่อนการผ่าตัด กรณีผ่าตัดตา ก่อนการขยายม่านตา ให้ใช้ Masking tape ติดบริเวณหน้าผากฝั่งตาข้างที่ผ่าตัด เขียนด้วยปากกาหมึกสีน้ำเงิน RE, LE โดยผ่าตัดตาขวา เขียนคำว่า RE, ผ่าตัดตาซ้าย เขียนคำว่า LE	- การเตรียมผู้ป่วยทำหัตถการ, ผ่าตัดตา ผิดข้าง, ผิดคน, ผิด Lens power ร้อยละ ๐

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

กิจกรรม	ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๙)						
	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙
๑. ผู้ป่วยใน (ราย)	๑,๒๑๑	๙๘๗	๗๕๙	๑,๓๔๘	๑,๓๑๖	๒,๘๕๖	
๒. ผ่าตัดต้อกระจก (ราย)	๘๕๙	๗๕๒	๖๗๒	๑,๑๙๒	๑,๑๒๖	๑,๓๗๕	

๒. ด้านบุคลากร

บุคลากร	จำนวน
จักษุแพทย์ (รวม)	๔
- จักษุแพทย์ทั่วไป	๑
- จักษุแพทย์สาขาต้อหิน	๒
- จักษุแพทย์สาขาประสาทจักษุวิทยา	๑
แพทย์โสต ศอ นาสิก (รวม)	๓
- แพทย์โสต ศอ นาสิก ทั่วไป	๓

เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยจักษุ

พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา	๒
พยาบาลวิชาชีพ	๗
ผู้ช่วยพยาบาล	๔

๓. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ						
	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙
เครื่องวัดความดันตาชนิด Non contact	๐	๐	๐	๑	๑	๑	
เครื่องวัดความดันตาชนิด contact	๑	๑	๑	๑	๑	๑	
Slit lamp	๐	๐	๐	๐	๐	๐	
ตู้ไฟวัดสายตา (Snellen chart)	๑	๑	๑	๑	๑	๑	

๒. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
การเข้าถึง	- ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้อย่างรวดเร็ว	- ผู้ป่วยได้รับการลงทะเบียนในหอผู้ป่วยภายใน ๑ ชั่วโมงหลังได้รับประสานการ Admit ร้อยละ ๑๐๐
การประเมิน	- ผู้รับบริการได้รับการประเมินอาการอย่างถูกต้อง ครบถ้วน - มีการตรวจสอบความถูกต้องทั้งผู้ป่วย, เอกสาร, การลงประวัติในคอมพิวเตอร์ให้ตรงคน - ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงหรือต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดมีการจัดพื้นที่อยู่สามารถมองเห็นและได้รับการตรวจรักษาก่อน	- อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน > ร้อยละ ๘๐ - อัตราการเกิดความผิดพลาดเรื่องการระบุตัวผิดคน ร้อยละ ๐ - จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยหลุดลงไม่คาดการณ์ - จำนวนอุบัติการณ์ Unplan ICU
การวางแผนดูแลรักษา	- ผู้รับบริการได้รับการตรวจกับแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ได้รับการวินิจฉัยโรค และการรักษาที่เหมาะสม - มีการปรึกษาแผนกอื่นได้อย่างเหมาะสม ในกรณีที่มีโรคร่วม - เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ	- อัตราการ Re-admit ภายใน ๒๘ วันด้วยโรคเดิมและมีอาการที่ทรุดลง ร้อยละ ๐ - จำนวนอุบัติการณ์ Miss Diagnosis - จำนวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
การวางแผนการจำหน่าย	- ผู้รับบริการและญาติได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเรื่องการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และสามารถดูแลตัวเองได้ - ผู้รับบริการได้รับความพึงใจในบริการที่ได้รับ - ผู้รับบริการได้รับการส่งต่อไปยังห้องฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยในได้อย่างปลอดภัยและรวดเร็ว	- จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ - อัตราความพึงใจ > ร้อยละ ๘๐ - อุบัติการณ์ทรุดลงขณะกลับบ้าน

๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน						
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๖๖๗	๒๖๖๘	๒๖๖๙
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	๘๐	๘๘.๑๔	๘๘.๗๐	๘๘.๕๑	๘๙.๓๔	๙๕.๖๘	๙๔.๒๓	
อัตราความพึงพอใจ	๘๐	๘๗	๘๘	๘๖	๘๙	๙๑	๙๒.๑๒	
จำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	
จำนวนอุบัติการณ์ทรุดลงโดยไม่คาดการณ์	๐	๐	๐	๐	๑	๐	๐	
จำนวนอุบัติการณ์ที่ให้การรักษาพยาบาลผิดคน	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	
อัตราการ Re-admit ภายใน ๒๘ วัน ด้วยโรคเดิม	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	
อัตราการเกิด Miss Diagnosis	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	
อัตราการเตรียมผ้าตัดตาผิดข้าง	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	
อัตราการเตรียมผ้าตัดตาผิดหัตถการ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	
อัตราการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	
พลัดตกหกล้ม/ตกเตียง	(ราย)	๐	๐	๐	๐	๑	๐	
ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ E-I	(ราย)	๐	๐	๐	๐	๐	๐	

จำนวนผู้ป่วยจักษุและโสต คอ นาสิก มีปริมาณที่มากต่อเนื่องทุกปีและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเช่นกัน ภาพรวมการดูแลผู้ป่วยทางจักษุและโสต คอ นาสิก ได้รับการดูแลเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่รุนแรง

ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน มีการ Audit เวชระเบียนทุกเดือน และนำข้อที่ไม่ครบถ้วนมาปรับปรุงแก้ไข ในครั้งต่อไป

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๔.๑ ระบบงานที่ใช้ในปัจจุบัน

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก

ในการผ่าตัดต้อกระจก ความคาดหวังของผู้ป่วยจากการรักษา คือความสามารถในการมองเห็นที่ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งภาวะ Endophthalmitis เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นไม่บ่อย แต่ส่งผลต่อความคาดหวังและจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และการติดเชื้ออาจส่งผลการมองเห็น อาจทำให้สูญเสียการมองเห็นและตาบอดได้

กลุ่มงานจักษุมีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๗ เฉลี่ยย้อนหลัง ๕ ปี ปีละ ๖๖๑ ราย ซึ่งทาง PCT จักษุพบภาวะแทรกซ้อน Endophthalmitis ในปี ๒๕๖๓ ๑ ราย และปี ๒๕๖๔ ๑ ราย จากการทบทวน RCA ไม่สามารถสรุปได้ว่า Endophthalmitis เกิดจากกระบวนการการดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนใด ดังนั้นทาง PCT และทางห้องตรวจจักษุ จึงได้ทบทวนและร่วมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
๑	พัฒนาเรื่องป้องกัน ภาวะ Endophthalmitis	- ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ กำหนด Lab alert ถ้า FBS > ๑๘๐ mg% ต้องได้รับการรักษาและปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพราะ FBS สูงอาจส่งเสริมให้มีการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น - การตรวจประเมินก่อนผ่าตัดและการให้ Antibiotic ed. ก่อนผ่าตัด - จัดลำดับผู้ป่วยที่เสี่ยงการแพร่กระจายเชื้อ ไว้ ลำดับสุดท้าย - ปฏิบัติตามหลักการทำลายเชื้อและ Universal precaution - จัดทำคู่มือในรูปแบบแผ่นพับเฉพาะโรคเป็น รายบุคคล เพื่อเน้นให้ความรู้ตั้งแต่ OPD เรื่อง ก่อนผ่าตัด, หลังผ่าตัด, ก่อนกลับบ้าน ,อาการ ผิดปกติ, การมาตรวจตามนัด และมีการส่งต่อ ปัญหาของผู้ป่วยอย่างมีระบบและต่อเนื่อง - ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยโดย ผ่านสื่อวีดิทัศน์ การสาธิต เช่น เช็ดตา, หยอด ยา ก่อนและหลังการผ่าตัด โดยมีประเมินความ เข้าใจย้อนกลับในการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน โดยทำแบบสอบถามผ่าน QR Code	- มีการตรวจ FBS ใน ผู้ป่วยเบาหวานและให้ การรักษาหรือดเคส ผ่าตัดในผู้ป่วยที่มี FBS > ๑๘๐ mg% ร้อยละ ๑๐๐ - ผู้ป่วยได้รับคู่มือโรคต้อ กระจกและการ เตรียมพร้อมก่อนการ ผ่าตัด ร้อยละ ๑๐๐ - ผู้ป่วยได้รับการสอน สุขศึกษา ก่อนกลับ บ้านร้อยละ ๑๐๐ - ผู้ป่วยและญาติ สามารถตอบคำถาม ถูกต้อง ก่อนกลับบ้าน ร้อยละ ๘๐

๔.๒ การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

วิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลลำพูน โดยมีกิจกรรมที่เน้นการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ต้อกระจก โดยใช้สื่อผสมผสาน ได้แก่ แผ่นพับ วิดีโอและการสาธิต และมีการกระตุ้น ติดตามการรักษาโดยผ่าน Line application เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เกิดความตระหนัก และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๕. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

๕.๑ โครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ต้องกลับไปดูแลที่บ้าน โดยมีการจัดทำ Discharge plan รายโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคต้อกระจก, โรคต้อหิน, โรคแผลกระจกตา, โรคเลือดออกในช่องลูกตาด้านหน้า, ผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตา, ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตา ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน โดยสามารถรับความรู้ผ่าน QR Code ได้

๕.๒ พัฒนาการลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลจากเดิม ๓ วัน ๒ คืน โดยมีทางเลือกให้ผู้ป่วยผ่าตัดแบบ One day cataract โดยเหลือวันนอน ๑ วัน โดยสามารถเบิก DRG ได้เท่ากัน

๕.๓ พัฒนาการผ่าตัดต้อกระจกแบบคิวเร็ว (SMC) ซึ่งผ่าตัดนอกเวลาราชการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง บริการการผ่าตัดต้อกระจกได้เร็วขึ้น ลดระยะเวลารอคอย

๕.๔ พัฒนาเรื่องการให้คำปรึกษาการพยาบาลระบบทางไกล (Telenursing) ผ่าน Line application โดยเน้นในกลุ่มหลังผ่าตัดต้อกระจก, ผู้ป่วยที่มีแผลกระจกตา, ผู้ป่วยต้อหิน เป็นต้น

๕.๕ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ มีระบบการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางในรายที่พบ โรคร่วมหรือได้รับการประเมินความพร้อมก่อนการผ่าตัดร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

๕.๖ เตรียมความพร้อม จัดระบบการเรียนการสอนแพทยศาสตรศึกษา (Academic program) ในปี ๒๕๖๗

ที่มา : กลุ่มงานจักษุวิทยา

◆ กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก

๑. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการตรวจและรักษาผู้ป่วยทางด้าน โสต หู คอ จมูกอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและให้บริการได้รับความพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการกับผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยผ่าตัด ผู้ป่วยฉุกเฉิน คัดกรองการตรวจการได้ยินในทารกแรกเกิด และรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาของโรคทางด้าน หู คอ จมูก พร้อมทั้งฟื้นฟูผู้มีปัญหาทางการได้ยิน แก่ประชาชนในจังหวัดลำพูนและจังหวัดใกล้เคียง

กลุ่มโรคสำคัญ ๕ โรคทางหู คอ จมูก

๑. Deep neck infection
๒. Adenotonsillar
๓. Newborn hearing screening
๔. CA oral cavity
๕. ผู้พิการทางการได้ยิน

ศักยภาพ: มีการนำอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย มาทำการตรวจ รักษาผู้ป่วย ได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง รวดเร็ว สร้างโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อตรวจการได้ยินทารกแรกเกิดทุกรายในจังหวัดลำพูน

ข้อจำกัด : สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งทางหู คอ จมูก และการผ่าตัดที่ซับซ้อน เช่น Acoustic Neuroma จะส่งรักษาต่อไปยังโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และในส่วนของผู้ป่วยที่ตรวจการได้ยิน audiogram ปัจจุบันมีเครื่องมือในการตรวจ ABR (Auditory brainstem response) AABR แต่ประสบการณ์บุคลากรที่มีทักษะในการตรวจมีจำนวนจำกัด และมีประสบการณ์ความชำนาญในการตรวจน้อย

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

กลุ่มผู้รับบริการ	ความต้องการ / ความคาดหวัง
ลูกค้าภายนอก ผู้ป่วยและญาติ	๑. การรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ปลอดภัยตามมาตรฐาน หายจากอาการเจ็บป่วย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ๒. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ โรคที่เป็น แผนการรักษา และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ตลอดจนวิธีการป้องกันโรค ๓. ทราบสิทธิในการรักษาพยาบาล และข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ๔. ได้รับการที่สะดวกรวดเร็ว แม่นยำด้วยอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ ๕. ได้รับความเสมอภาคในการตรวจรักษา ๖. ได้รับการต้อนรับอย่างอบอุ่น เป็นกันเองจากผู้ให้บริการ ๗. สิ่งแวดล้อมภายในห้องตรวจ สะอาด สะดวก ปลอดภัย
เจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น / ลูกค้าภายใน	๑. การรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ปลอดภัยตามมาตรฐาน หายจากอาการเจ็บป่วยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ๒. มีการประสานงานที่ดีกับหน่วยงานต่าง ๆ ๓. ได้รับการส่งตรวจที่ถูกต้อง ถูกวิธี ครบถ้วน ทันเวลา และส่งถูกสถานที่ ๔. มีสถานที่เอื้ออำนวยต่อการทำงานและให้บริการผู้ป่วย

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

๑. ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา
๒. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเร่งด่วนได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็วและถูกต้อง
๓. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

จ. ความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยงที่สำคัญ	ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี		
	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑. ผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำ ด้วยอาการเดิมโดยไม่ได้นัดหมายภายใน ๒๔ ชั่วโมง	๐	๐	๐
๒. ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการทำหัตถการ	๐	๐	๑
๓. การยกเลิกเลื่อนผ่าตัดโดยไม่มีเหตุผลอันควร	๐	๐	๐

ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E-UP มี ๑ ราย

อุบัติการณ์	เหตุการณ์และผลการดำเนินการแก้ไข
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการทำหัตถการ	ผู้ป่วยพิการทางการได้ยิน หูหนวก ๒ ข้าง ข้างขวาเป็นมากกว่าข้างซ้าย และเคยมีประวัติผ่าตัดหูข้างซ้าย ใส่เครื่องช่วยฟังหูขวาไว้ มาตามนัดเช็คเครื่องขณะตรวจเช็คเครื่อง ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ขอเปลี่ยนใส่เครื่องช่วยฟังข้างซ้ายแทน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ สาขาตรวจการได้ยิน จึงใส่ซิลิโคนเพื่อทำพิมพ์หูข้างซ้าย แต่เนื่องจากช่องหูซ้ายด้านในมีขนาดใหญ่กว่าด้านนอกจึงทำให้ซิลิโคนพิมพ์หูดิอยู่ภายใน ขั้นตอนการแก้ไขเบื้องต้นมีดังนี้ ๑. รายงานแพทย์ที่ห้องตรวจ ๒. แพทย์ทำหัตถการ try remove ออกที่ห้องตรวจ แต่ไม่สามารถนำออกได้ ๓. แพทย์พิจารณาให้ผู้ปวยนอนโรงพยาบาลเพื่อเข้าห้องผ่าตัด remove FB ๔. แจ้งให้ผู้ป่วย และญาติทราบ ถึงแนวทางการรักษาของแพทย์ ญาติ และผู้ป่วยรับทราบ เข้าใจ

ความท้าทาย

๑. มี Nurse triage ที่มีความชำนาญ ในการแยกผู้ป่วยตามระดับอาการให้ชัดเจนที่จุดคัดกรองหน้าห้องตรวจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว และปลอดภัย ป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วย
๒. การทำหัตถการส่องกล้องเพื่อนำ สิ่งแปลกปลอมออกจากช่องหู คอ จมูก การกรีดระบายหนองที่บริเวณทอนซิล หรือบริเวณต่อมน้ำลายที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก
๓. การฉีดยาสเตียรอยด์ผ่านเยื่อแก้วหูเข้าไปในหูชั้นกลาง (Intratympanic steroid Injection) เพื่อรักษาภาวะหูดับ ฉับพลัน (Sudden Hearing Loss) โดยต้องฉีด ๔ ครั้งห่างกัน ประมาณ ๓-๗ วัน และมีการตรวจติดตามการได้ยิน (Audiogram) ทุกครั้ง ก่อนการมาฉีด เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการฉีดแต่ละครั้ง เน้นย้ำให้ผู้ปวยมาตามนัดทั้ง ๔ ครั้ง เพื่อจะได้ตรวจติดตามการรักษา หาสาเหตุที่เกี่ยวข้องต่อไป

จ.ปริมาณงาน ทรัพยากร(คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

๑.ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

จำนวนบุคลากรและสถานที่

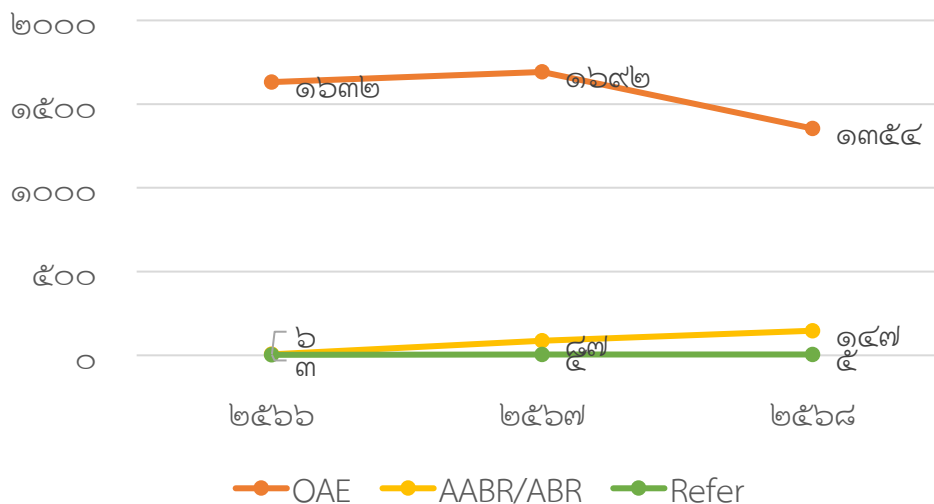
- แพทย์ โสต ศอ นาสิก แพทย์ ๓ คน
- พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ๓ คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๒ คน
- เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์สาขาตรวจการได้ยิน ๑ คน
- อุปกรณ์ ตรวจรักษาด้วยการใช้เครื่องมือส่งคลื่นทางหู คอ จมูก ผ่านจอมอนิเตอร์
- สถานที่ห้องตรวจหู คอ จมูก อาคาร ๑๐๐ ปี สาธารณสุขไทย ชั้น ๒
- หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก อาคารเอนกประสงค์ชั้น ๔

ปริมาณงาน (ราย)	ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี		
	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด			
- ผู้ป่วยนอก	๑๒,๕๘๑	๑๒,๙๙๐	๑๖,๕๗๑
- ผู้ป่วยใน	๑๙๔	๒๖๔	๓๐๑
- ผู้ป่วยผ่าตัด	๑๕๕	๒๒๒	๒๔๔
- ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยระบบทางไกล(Tele-medicine)	๓๐๑	๑๐๔	๙๕

๕ อันดับโรคที่สำคัญ	ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี		
	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑. Newborn hearing screening	๑๖๓๒	๑๖๙๒	๑๓๕๔
๒. Deep neck infection	๘๘	๘๐	๙๖
๓. Adenotonsillar	๑๙	๖๓	๑๐๒
๔. CA oral cavity	๑๕	๑๓	๔๕
๕. ผู้พิการทางการได้ยิน	๕๒๐	๖๐๓	๖๒๗

หัตถการที่สำคัญของห้องตรวจโสต ศอ นาสิก	ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี		
	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑ Incision & drainage	๘๑	๑๒๘	๑๒๙
๒. Biopsy	๕๔	๙๑	๙๒
๓. U/S guide FNA	๒๕๖	๓๘๘	๓๒๖
๔. Intratympanic injection	๐	๐	๘๙
๕. Fiberoptic laryngoscope	๔๕๕	๗๖๖	๑,๔๕๑
๖. Remove Foreign bodies	๑๘๗	๑๙๗	๑๗๒
๗. Anterior packing	๕๐	๑๕๘	๓๐๔
๘. Positioning vestibular test	๑๓๗	๑๒๓	๑๘๒
๙. Change tube	๑๕๖	๑๖๘	๒๔๔
๑๐. Keloid injection	๖๑	๑๕๔	๑๑๒

จำนวนทารกที่ได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยินและส่งต่อรพ.
มหาราชนครเชียงใหม่ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖-๒๕๖๘



๓. เครื่องมือ เทคโนโลยี อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	จำนวนเครื่องมืออุปกรณ์
๑. ชุดโตะตรวจหู คอ จมูก	๒ ตัว
๒. Fiberoptic laryngoscope	๒ อัน
๓. Endoscope	๕ อัน
๔. Audiometer	๑ เครื่อง
๕. เครื่องตรวจการได้ยินด้วยเสียงสะท้อนและตรวจการได้ยินระดับก้านสมอง	๑ เครื่อง
๖. Tympanometer	๑ เครื่อง
๗. Sound proof room	๑ ห้อง
Microscope	๑ (ใช้ในห้องผ่าตัด)

๒. กระบวนการสำคัญ (Key processes)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
ระยะที่ ๑ การเข้าถึงการบริการ -จุดรับบัตร และจุดคัดกรอง -ซักประวัติ	- ผู้ป่วยได้รับความสะดวก ถูกต้อง รวดเร็ว เป็นไปตามลำดับก่อน-หลัง - พบแพทย์ได้ถูกต้อง และได้รับการรักษาที่ถูกกับโรคที่เป็น - มีการตรวจสอบบัตรและสิทธิต่าง ๆ อย่างละเอียด -การประเมินอาการและคัดกรองอาการผู้ป่วยครบถ้วน	-อุบัติการณ์การเกิด Identify ผู้ป่วยผิดคน -ระยะเวลาการรอคอย -ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ
ระยะที่ ๒ การตรวจรักษา ยินยอมเข้ารับการตรวจพร้อมแพทย์ให้การรักษา	-ผู้ป่วยและญาติได้ข้อมูลการรักษาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา -ได้รับการตรวจตามมาตรฐานและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย มีความปลอดภัย -ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการตรวจรักษาอย่างรวดเร็ว	-ตัวชี้วัดทางคลินิกเฉพาะโรค -อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ/การรักษาล่าช้า -ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ
ระยะที่ ๓ หลังการตรวจรักษา -การให้ข้อมูล คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค	-ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็น การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง -ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	-อัตราความพึงพอใจ -ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ -ผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำด้วยอาการเดิมภายใน ๒๔ ชั่วโมง โดยไม่ได้นัดหมาย

๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ (Performance Indicator)

ประเด็นคุณภาพ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ) (๓ ปีย้อนหลัง)		
			ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑.ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพและได้มาตรฐาน	-ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการ แก่ไขช่วยเหลือทันที	๑๐๐%	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
	-จำนวนอุบัติการณ์ให้การรักษายาบาลผิดคน	๐	๐	๐	๐
	-จำนวนอุบัติการณ์การบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์และการพลัดตกหกล้ม	๐	๐	๐	๐
	-ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง	๘๐%	๘๖%	๘๖%	๘๖%
	-ผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน ๒๔ ชั่วโมง โดยไม่ได้นัดหมาย	๐	๐	๐	๐
	-ข้อร้องเรียนในการให้บริการ	๐	๐	๐	๐
๒. ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจ	แบบสอบถามความพึงพอใจ	๘๕%	๘๖%	๘๘%	๘๗.๙๙%
	ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยนอก	<๙๐ นาที	๑๒๐ นาที	๑๑๐ นาที	๑๓๐.๕ นาที

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

ด้านผู้ป่วย -การติดเชื้อในโรงพยาบาล -การเข้ารับการตรวจผิวดคน -ข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้ไม่ทราบถึงปัญหาของการเจ็บป่วยที่แท้จริง - ผู้ป่วยสื่อสารไม่เข้าใจ เนื่องจากสภาวะของร่างกาย เช่น หูตึง อาการทางประสาทการรับรู้ต่าง ๆ - เสี่ยงต่ออาการข้างเคียงของยา เช่น การใช้ยาหยอดหู ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน -เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของหัตถการ เช่น การทำ Dix hall pike test ,endoscope with bx., Change tube	-มีมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อ โดยผู้ปฏิบัติงานจะต้องทราบวิธีการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย -ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐาน เครื่องมือเครื่องใช้จะต้องผ่านการฆ่าเชื้อ -จะต้องตรวจสอบชื่อ-นามสกุลให้ตรงกันระหว่างใบนำทางและบัตรผู้ป่วยให้ตรงกัน -เรียกชื่อพร้อมนามสกุลทุกครั้ง -การซักประวัติที่เป็นขั้นตอน ตั้งแต่ปัญหาที่มาพบแพทย์ ตามลำดับขึ้นไป -สื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจ หรือขอความร่วมมือจากญาติ ในการให้ประวัติและตอบข้อซักถามของแพทย์และเจ้าหน้าที่ -ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น แนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด -แนะนำผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ และเตรียมเครื่องมือพร้อมให้การพยาบาลช่วยเหลือการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่
ด้านเจ้าหน้าที่ -เสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดอุบัติเหตุจากของมีคม -เสี่ยงต่อการถูกร้องเรียน	-ปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวังโดยยึดหลัก Universal precaution อย่างสม่ำเสมอ -มีแนวทางในการให้บริการ ขั้นตอนการนัด การส่งต่อ -ให้คำแนะนำ แนวทางการให้การรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา บอกลิทธิต่างๆ แก่ญาติและผู้ป่วย

ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของหน่วยงานที่สามารถเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่น

- ใส่เครื่องช่วยฟังสำหรับผู้พิการทางการได้ยิน (ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช.เพื่อการฟื้นฟู) ให้แก่ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการและสามารถใช้เครื่องช่วยฟัง
- ได้ให้บริการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดทุกรายที่เกิดในจังหวัดลำพูน และมีเครื่องตรวจการได้ยินระดับก้านสมองเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัยและลดอัตราการส่งต่อ

การพัฒนาระบบงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพซึ่งกำลังดำเนินการ

- มีระบบการลงข้อมูล online ของ ENT เขต ๑ ในการติดตามผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างต่อเนื่อง
- มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ
- จัดทำโครงการให้ความรู้แก่ พยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในการดูแลผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก
- ส่งบุคลากร แพทย์ พยาบาล เข้าอบรมวิชาการเกี่ยวกับโรคทางโสต ศอ นาสิก ปีละ ๒ - ๓ ครั้ง

◆ กลุ่มงานโภชนศาสตร์

ผลการดำเนินงานของกลุ่มงานโภชนศาสตร์ กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ

หน้าที่ การผลิตและให้บริการอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการและสุขาภิบาล สำหรับผู้ป่วยและบุคลากร รวมถึงการประเมินภาวะโภชนาการ การให้คำปรึกษา และการให้ความรู้ด้านโภชนาการ เพื่อป้องกันและรักษาโรค ส่งเสริมสุขภาพที่ดี และการฟื้นฟูร่างกาย

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงสามารถสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็ว

๑. เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วย
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมกับโรคอย่างถูกต้องตามหลักโภชนบำบัด
๓. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องอาหารสามารถนำไปใช้ในการเลือกรับประทานอาหารได้
๔. เผยแพร่ความรู้ทางด้านอาหารและวิชาการ

ขอบเขต

๑. ให้โภชนศึกษาผู้ป่วยคลินิกพิเศษ ผู้ป่วยนอก
๒. ให้โภชนบำบัดผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและโภชนศึกษา
๓. ให้คำแนะนำการผลิตอาหารสายยางแก่ญาติผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน
๔. ประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อทุพโภชนาการ

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

๑. ผู้ป่วยและญาติ : ต้องการอาหารที่มีปริมาณเพียงพอและเหมาะสม มีความพึงพอใจในบริการ
๒. แพทย์ : ต้องการอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ บริการถูกต้อง ถูกคน ถูกโรคตามแผนการรักษา และสามารถฟื้นฟูสภาพ ร่างกายของผู้ป่วยได้เร็ว
๓. พยาบาล : ต้องการอาหารที่ถูกต้องตามใบสั่ง ส่งอาหารตามเวลา ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรค

ความต้องการประสานงานที่สำคัญ

๑. การประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
๒. การลงบันทึก การย้ายเตียง ย้ายเตียง ชนิดอาหารที่ขอรับ ให้ตรงกับระบบตรวจสอบยอดผู้ป่วยทางระบบ PMK ของโรงพยาบาล
๓. ต้องการแพทย์ที่ปรึกษาด้านโภชนบำบัด

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เหมาะสมกับโรค ปลอดภัย สะอาด ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร และสามารถบำบัดโรคได้แผนการรักษาของแพทย์ มีความรู้สามารถกลับไปดูแลตนเองได้

ความท้าทาย ความเสี่ยง (จุดเน้นในการพัฒนา)

๑. การบริการอาหารผู้ป่วย ถูกต้อง ถูกคน ถูกโรค
๒. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเฉพาะโรค
๓. การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติให้มีความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค
๔. ประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยและติดตามผลในผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน

ปริมาณงานและทรัพยากรที่สำคัญ (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ปัจจุบันมีผู้ปฏิบัติงานดังนี้

ข้าราชการ ๒ คน
 พนักงานราชการ ๑ คน
 พกส. ๑๗ คน
 รวมทั้งหมดจำนวน ๒๐ คน

กิจกรรม/เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๘
การให้บริการที่ถูกต้องปลอดภัย	
๑. ผ่านเกณฑ์ประเมิน clean food Good taste (ผ่าน ๓๐ ข้อ)	ผ่าน
๒. ผลการตรวจสอบสารพิษในผัก/ผลไม้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย (๑๐๐%)	๑๐๐%
๓. การเกิดระบบทางเดินอาหารอันเนื่องมาจากอาหารที่รพ.ให้บริการ(๐ ครั้ง)	๐ ครั้ง
๔. ให้บริการที่ผิดพลาดเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องเลื่อนการรักษา(ผ่าตัด) (๐ ครั้ง)	๐ ครั้ง
๕. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีผลต่ออาหารที่ให้บริการ (> ๘๕%)	๙๖ %
๖. กิจกรรม ๕ ส ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (> ๘๐%)	ผ่าน
การส่งเสริมสุขภาพ	
๑. การมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (๑๐๐%)	๑๐๐%
งานธุรการ	
๒. รับใบคำสั่งอาหารจากหอผู้ป่วย (ฉบับ)	๓๖๕
๓. ออกใบคำสั่งอาหารประจำวัน (ฉบับ)	๓๖๕
๔. ดำเนินการรวบรวมการส่งเอกสาร เบิกจ่าย (ฉบับ)	๓๔
๕. ออกเมนูอาหารและเสนอความต้องการใช้วัสดุ (ฉบับ)	๓๙
๖. ออกแบบและประเมินความพึงพอใจ (ครั้ง)	๒
๗. เบิกวัสดุทั่วไป – จ่ายวัสดุ (ครั้ง)	๔๑
งานโภชนาการ	
๑. จัดอาหารพิเศษวันละ ๓ มื้อ	๑๙,๗๙๑
๒. จัดอาหารผู้ป่วยสามัญวันละ ๓ มื้อ	๖๘,๒๑๑
๓. จัดอาหารผู้ป่วยประกันสังคมวันละ ๓ มื้อ	๕๔๐
๔. จัดอาหารพระสงฆ์ วันละ ๓ มื้อ	๖๒๖
๕. จัดอาหารให้แพทย์ฝึกงาน กลางวัน-เย็น	๒,๖๖๖
๖. จัดอาหารผู้ป่วยโควิด/ดื้อยา/แยกภาชนะ	๑,๕๗๑
งานโภชนบำบัด	
๑. จัดอาหารธรรมดาเฉพาะโรค	๗,๔๐๖
๒. จัดอาหารอ่อนเฉพาะโรค	๑,๘๙๕
จำแนกเป็น - อาหารเบาหวาน	๒,๔๑๒
- อาหารลดมัน	๓๒๓
- อาหารลดเค็ม	๑,๓๘๗
- อาหารเบาหวานลดเค็ม	๑,๐๗๖
- อาหารลดเค็มลดโปร	๙๖๒

กิจกรรม/เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๘
- อาหารลดเค็มลดโปรงดโซเดียม นม ถั่ว	๕๓๕
- อาหารเจ อิสลาม มังสวิรัติ	๔๘๑
- อาหารเหลว/ น้ำใส	๒,๐๔๒
- อาหารสายยางทั่วไป	๒๒,๔๖๒
- อาหารสายยางเฉพาะโรค	๑,๑๘๖
- อาหารเพิ่มโปรตีน/เพิ่มไข่	๒,๕๓๖
งานโภชนศึกษา	
๑. ให้คำแนะนำปรึกษาในคลินิกพิเศษโรคเบาหวาน	๔๐๒ ราย
๒. ให้คำปรึกษาศัลยกรรมปากคอ	๒๐๐ ราย
๓. งานเยี่ยมให้คำแนะนำผู้ป่วย IPD	๕๐๐ ราย
๔. ประเมินภาวะโภชนาการ (ใช้แบบประเมิน NAF)	๔๕๐ ราย
๕. ประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (ใช้แบบประเมิน MNA)	๒๕๐ ราย
๖. แนะนำสาธิตการทำอาหารสายยาง	๓๐๐ ราย
๗. ให้คำแนะนำปรึกษาในคลินิกไตเทียม	๗๙๕ ราย
๘. ให้คำแนะนำโรงเรียนพ่อแม่	๔๐๐ ราย
๙. ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วย stroke	๒๐๐ ราย
๑๐. ประเมินภาวะโภชนาการคลินิกเด็กดี (โรงพยาบาลสาขาเวียงยอง)	๑,๐๐๖ ราย
๑๑. การผลิตสื่อการสอน	๔ เรื่อง
๑๒. งานนิทรรศการอาหารและบรรยายพิเศษ	๒๒ ครั้ง
๑. งานอาหารปลอดภัย	
ผัก / ผลไม้ตรวจไม่พบสารพิษตกค้าง (ร้อยละ)	๐ (ไม่พบ)
ผัก / ผลไม้ตรวจพบสารพิษตกค้างแต่อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย (ร้อยละ)	๐ (ไม่พบ)
ผัก / ผลไม้ตรวจพบสารพิษตกค้างในเกณฑ์ไม่ปลอดภัย (ร้อยละ)	๐ (ไม่พบ)
เก็บตัวอย่างอาหารสายยางส่งเพาะเชื้อห้องปฏิบัติการ	๐ (ไม่พบ)
ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Glean Food good Test (ผ่านเกณฑ์)	ผ่าน
ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในโรงครัวมาตรฐานกรมอนามัย (ผ่านเกณฑ์)	ผ่าน
ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัยกระทรวงสาธารณสุข (ผ่านเกณฑ์)	ผ่าน
การตรวจวัดระดับความเค็มในอาหารผ่านเกณฑ์ของกรมอนามัย	ผ่าน
๒. งานพัฒนาคุณภาพอาหาร	
ประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการอาหาร (ครั้ง)	๒
ผลประเมินพื้นที่ ๕ ส. ของกลุ่มงาน	ผ่าน
จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ให้เหมาะสมตามแผน (ครั้ง)	๑
ประกวดราคาวัสดุอาหาร (ครั้ง)	๒
พัฒนาระบบควบคุมภายในทุกหมวด (ครั้ง)	๒
จัดทำตำราอาหารให้เป็นมาตรฐาน (สูตรลดโซเดียม) (ครั้ง)	๔
พัฒนาการขนส่งอาหารผู้ป่วยเพื่อให้บริการได้ทันเวลา (ครั้ง)	๔
จัดทำเมนูสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย	๔

กิจกรรม/เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๘
จัดทำผลงานวิจัยด้านอาหารร่วมกับสมาคมนักกำหนดอาหาร (เรื่อง)	๔
๓. งานพัฒนาบุคลากร	
โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพิ่มพูนประสิทธิภาพในการทำงาน (ครั้ง)	๑๐
โครงการอบรมผู้สัมผัสอาหาร/สุขาภิบาลอาหาร	๑

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

- พัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพแบบองค์รวม
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการด้านสุขภาพ
- พัฒนาระบบคุณภาพบริหารจัดการเพื่อการสนับสนุนบริการ

แผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- จัดโครงการพัฒนาพฤติกรรมการให้บริการอาหาร
- จัดโครงการพัฒนาตำรับอาหารผู้ป่วย
- จัดทำเมนูสุขภาพ

ที่มา : กลุ่มงานโภชนศาสตร์

◆ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก

บริบท

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน ให้บริการด้านการเจาะเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ การให้บริการทางด้านงานธนาคารเลือดและงานรับบริจาคโลหิต เพื่อสนับสนุนการตรวจติดตามการดำเนินของโรคและการวินิจฉัยผู้ป่วยด้วยความถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว และปลอดภัย โดยให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพเทคนิคการแพทย์และมาตรฐาน ISO ๑๕๑๘๙: ๒๐๒๒ และ ISO ๑๕๑๘๐:๒๐๒๐ เพื่อให้การบริการมีความถูกต้อง รวดเร็ว ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ และรวมไปถึงการสนับสนุนด้านองค์ความรู้และการพัฒนาคุณภาพทางห้องปฏิบัติการระหว่างเครือข่ายห้องปฏิบัติการ สหวิชาชีพ และหน่วยงานภายใต้เครือข่ายของการดูแล

ผลการดำเนินงาน

๑. สถิติการบริการเจาะเลือด

บริการเจาะเลือด	หน่วย	ปี ๒๕๖๘	ร้อยละ
การเจาะเลือดในโรงพยาบาล			
- จำนวนที่คนไข้มาเจาะเลือด ห้องเจาะเลือด ๑ (วันทำการ)	คน	๓๘,๕๑๖	๓๒.๑ %
- จำนวนที่คนไข้มาเจาะเลือด ห้องเจาะเลือด ๒ (วันทำการ)	คน	๓๘,๕๗๓	๓๒.๑ %
- จำนวนที่คนไข้มาเจาะเลือด ห้องเจาะเลือด SMC	คน	๔,๔๗๙	๓.๗ %
- จำนวนที่คนไข้มาเจาะเลือดก่อนนัด (เสาร์ อาทิตย์)	คน	๑๐,๙๗๑	๙.๑ %
การเจาะเลือดนอกโรงพยาบาล			
- จำนวนที่คนไข้มาเจาะเลือด ที่ รพสต	คน	๘,๕๙๔	๑๕.๘ %
- จำนวนที่คนไข้มาเจาะเลือด ที่ โรงพยาบาลลำพูนสาขาเวียงยอง	คน	๑๘,๙๔๑	๗.๒ %
รวม	คน	๑๒๐,๐๗๔	๑๐๐.๐%

การบริการเจาะเลือดในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ ๗๗.๑ (N=๑๒๐,๐๗๔) ของการเจาะเลือดทั้งหมด มีการเจาะเลือด SMC ร้อยละ ๓.๑ มีการเจาะเลือด ก่อนนัดเสาร์อาทิตย์ ร้อยละ ๙.๑ มีการเจาะเลือดภายนอกโรงพยาบาล ร.พ สาขาเวียงยอง ร้อยละ ๗.๒ และให้บริการเจาะเลือดที่ รพสตร้อยละ ๑๕.๘ มีการเปิดให้บริการเจาะเลือดก่อนนัด เสาร์ อาทิตย์ มีจำนวนผู้มารับบริการที่เพิ่มมากขึ้นและในอนาคตจะมีการกระจายความแออัดการเจาะเลือดในโรงพยาบาลออกไปสู่รพสตให้มากขึ้น

๒. การบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	หน่วย	ปีงบ ๒๕๖๖	ปีงบ ๒๕๖๗	ปีงบ ๒๕๖๘
รวมงานเคมีคลินิก	Test	๑,๐๒๙,๗๖๑	๑,๐๐๔,๑๖๓	๑,๑๑๐,๗๙๑
รวมงานโลหิตวิทยา	Test	๑๖๔,๐๒๔	๑๗๑,๙๑๐	๑๘๑,๘๑๕
รวม งานจุลทรรศน์ศาสตร์	Test	๗๔,๐๘๐	๘๕,๓๐๔	๘๒,๙๕๔
รวมงานภูมิคุ้มกันวิทยา	Test	๘๐,๐๗๑	๙๐,๖๘๑	๑๐๔,๕๗๘
รวมงานจุลชีววิทยา	Test	๔๗,๔๙๖	๔๙,๘๒๐	๔๙,๐๒๒
รวมงานอนุชีววิทยา	Test	๑๑,๗๓๙	๑๒,๑๗๙	๔,๐๘๐
รวม ร.พ. สาขา (Note. ปี ๒๕๖๔ ร.พ. สาขาเป็น ร.พ. สนาม)	Test	๒๘,๐๙๒	๕๕,๐๗๕	๕๐,๙๔๓
รวม	Test	๑,๔๓๕,๒๖๓	๑,๔๖๙,๑๓๒	๑,๕๙๕,๒๓๓

การบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการในภาพมีแนวโน้มลดลงในปี ๒๕๖๖ เนื่องด้วยการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ไม่มีการตรวจ RT-PCR แล้ว แต่เมื่อพิจารณาแยกตามงานพบว่า การตรวจในสาขาอื่น ๆ มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องด้วยหลังการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ผู้ป่วยกลับมาสู่ภาวะปกติ ในปี ๒๕๖๗ เพื่อรองรับการให้บริการทางโรงพยาบาล มีนโยบายลดความแออัดของการให้ผู้ป่วยรับบริการในปี ๒๕๖๗ โรงพยาบาลเวียงยอง เปิดให้บริการห้องตรวจผู้ป่วยที่ ร.พ. สาขาเวียงยอง เช่น คลินิกเด็กดี เป็นต้น มีผลให้มีปริมาณรายการตรวจให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เพิ่มขึ้น และเพื่อเป็นไปตามแนวทางการใช้แล็บอย่างสมเหตุสมผล (RLU) ทบทวนการสั่งแล็บ เช่น แล็บชุด Electrolyte LFT Lipid profile TFT ในภาพมีแนวโน้มคงที่ และมีเพิ่มศักยภาพการตรวจวิเคราะห์ การเปิดให้บริการตรวจ PCR viral load (HPV viral load , HIV viral load ,HBV viral load, HCV viral load) ในภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น

๓. การบริการด้านธนาคารเลือด

บริการธนาคารเลือด	หน่วย	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
งานตรวจวิเคราะห์ทางธนาคารเลือด	ครั้ง	๕๙,๗๖๘	๕๙,๒๗๒	๖๐,๕๑๗
- ABO Group	ครั้ง	๑๕,๐๙๔	๑๕,๑๐๙	๑๕,๕๑๑
- Rh(D) Typing	ครั้ง	๑๔,๗๒๕	๑๔,๗๙๙	๑๕,๐๑๓
- ABO นิติเวช	ครั้ง	๘๖	๑๐๒	๑๑๔
- ABO Regroup	ครั้ง	๒,๑๓๐	๑,๙๖๓	๒,๐๓๔
- Cross-matching	ครั้ง	๑๔,๐๙๓	๑๔,๑๔๒	๑๔,๔๕๑
- Antibody Screening	ครั้ง	๑๒,๙๙๒	๑๒,๖๖๔	๑๒,๘๐๖
- Antibody Identification	ครั้ง	๗๖	๕๗	๑๑๖
- Indirect Coombs Test	ครั้ง	๕๗๒	๔๓๖	๔๗๒
- Direct Coombs Test	ครั้ง	๖๑๗	๔๗๒	๕๑๐
ปริมาณการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด	ยูนิต	๑๘,๕๗๕	๑๗,๖๕๑	๑๘,๐๘๕
ผู้ป่วยขอเลือดและส่วนประกอบของเลือด	ราย	๑๔,๑๔๔	๑๓,๗๗๖	๑๔,๐๘๓
ผู้ป่วยใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด	ราย	๑๒,๕๕๘	๑๒,๓๖๗	๑๓,๓๕๗

การบริการธนาคารเลือดมีการตรวจทางธนาคารเลือดและการขอใช้เลือดแนวโน้มการใช้เลือดเพิ่มมากขึ้น มีการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มธาลัสซีเมียที่ต้องให้เลือดประจำ ให้ไปเติมเลือดที่โรงพยาบาลใกล้เคียง โดยร่วมมือกับโรงพยาบาลชุมชนให้บริการรับเลือดที่โรงพยาบาลใกล้เคียง

๔. การบริการงานบริจาคโลหิต

งานบริจาคโลหิต	หน่วย	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๑. การรับบริจาค				
ผู้บริจาคในร.พ ลำพูน	คน	๖,๔๑๑	๕,๐๑๒	๖,๑๖๘
ผู้บริจาคนอกสถานที่	คน	๗,๗๖๓	๘,๔๘๕	๘,๓๑๙
รวม การรับเลือด	คน	๑๔,๑๗๔	๑๓,๔๙๗	๑๔,๔๘๗
๒. จำนวนส่วนประกอบของเลือดที่ปันแยก				

๒.๑ PRC (Pack red cell)	ยูนิต	๑๑,๒๒๒	๑๐,๐๐๔	๙,๐๕๗
๒.๒ PC (Platelet concentrate)	ยูนิต	๒,๕๒๖	๓,๑๗๒	๔,๐๗๕
๒.๓ FFP (Fesh frozen plasma)	ยูนิต	๕,๔๕๔	๕,๒๐๙	๑๓,๓๓๗
๒.๔ LPRC	ยูนิต	๒,๕๒๒	๓,๑๗๒	๔,๗๖๗
๒.๕ SDP	ยูนิต	๓๙๓	๖๗๓	๙๐๐
รวม	ยูนิต	๒๒,๔๒๖	๒๒,๙๓๖	๓๒,๖๘๙
๓.ปริมาณการส่งตรวจ Infections marker	ยูนิต	๘๔,๒๘๒	๘๓,๑๔๘	๘๖,๙๒๒

การรับบริจาคโลหิตพบว่าผู้มาบริจาคโลหิตเพิ่มมากขึ้น การเตรียมเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด เพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการใช้เลือดเนื่องด้วยแต่ละ Service plan มีการเพิ่มศักยภาพการผ่าตัดการทำหัตถการต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น

๕ สถิติการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสูงสุด ๒๐ อันดับแรก

อันดับ	ชื่อ Test	ปริมาณงาน (Test)
๑	Creatinine & GFR	๑๒๐,๑๓๙
๒	CBC	๑๐๒,๗๙๘
๓	Potassium	๘๕,๑๗๘
๔	Sodium	๗๗,๘๑๓
๕	Chloride	๗๗,๕๑๓
๖	TCO๒	๗๗,๕๐๖
๗	Glucose	๗๔,๗๒๔
๘	BUN	๗๐,๙๖๗
๙	Triglyceride	๔๔,๖๘๘
๑๐	Cholesterol	๔๓,๗๑๘
๑๑	Urine Analysis	๔๒,๐๔๒
๑๒	ALT (SGPT)	๔๐,๔๐๘
๑๓	HDL	๔๐,๒๕๘
๑๔	AST (SGOT)	๓๙,๐๐๗
๑๕	Bilirubin Fetal	๓๓,๕๖๖
๑๖	Albumin	๓๓,๓๑๗
๑๗	ALP	๓๓,๒๙๔
๑๘	LDL	๓๒,๔๘๓
๑๙	Total Protein	๓๐,๑๖๐
๒๐	Total Bilirubin	๒๙,๘๒๐

สถิติการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสูงสุด ๕ อันดับแรกเป็น Routine lab ได้แก่ Creatinine & GFR CBC Potassium Sodium Chloride

๖. สถิติการส่งต่อเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Referral lab) สูงสุด ๒๐ อันดับแรก (High volume)

อันดับ	ชื่อ Test	ปริมาณงาน (Test)
๑	ANA	๖๐๒
๒	Fungus Culture	๔๗๑
๓	Anti-ds DNA	๒๐๒
๔	PCR FOR ALPHA-๑ THALASSEMIA	๑๘๓
๕	TSH Receptor Ab	๑๖๖
๖	HAV IGM	๑๕๓
๗	ADENOSIN DEAMINASE(ADA)	๑๔๔
๘	GALACTOMANAN	๑๒๔
๙	PCR for TB	๙๙
๑๐	Melioidosis Ab	๘๐
๑๑	C๓ Level	๘๐
๑๒	C๔ Level	๗๘
๑๓	Anti-TG (Thyroglobulin Ab)	๗๕
๑๔	FSH	๗๒
๑๕	PROLACTIN	๗๒
๑๖	Anti-CCP	๖๒
๑๗	Anti-TPO	๖๑
๑๘	ESTRADIOL	๕๑
๑๙	Varicella Zoster (VZV) IgG	๕๐
๒๐	Rubella IgG (SERUM)	๔๘

๗. สถิติการส่งต่อ (Referral lab) ที่มีมูลค่าสูงสุด ๒๐ อันดับแรก (High cost)

ลำดับที่	ชื่อ Test	ปริมาณงาน ปี ๒๕๖๘	ราคา/Test	Cost (บาท)
๑	ANA	๖๐๒	๔๕๐	๒๗๐,๙๐๐
๒	PCR for TB	๙๙	๒,๐๐๐	๑๙๘,๐๐๐
๓	Fungus Culture	๔๗๑	๓๐๐	๑๔๑,๓๐๐
๔	TSH Receptor Ab	๑๖๖	๘๐๐	๑๓๒,๘๐๐
๕	PCR FOR ALPHA-๑ THALASSEMIA	๑๘๓	๕๐๐	๙๑,๕๐๐
๖	Respiratory Pathogen Panel๓๓	๑๙	๓,๕๐๐	๖๖,๕๐๐
๗	GALACTOMANAN	๑๒๔	๕๐๐	๖๒,๐๐๐
๘	HAV IGM	๑๕๓	๔๐๐	๖๑,๒๐๐
๙	Chromosome Study	๒๙	๑,๘๐๐	๕๒,๒๐๐
๑๐	Anti-ds DNA	๒๐๒	๒๑๐	๔๒,๔๒๐

๑๑	Anti-TG (Thyroglobulin Ab)	๗๕	๔๐๐	๓๐,๐๐๐
๑๒	URINE METANEPHRIN	๒๐	๑,๕๐๐	๓๐,๐๐๐
๑๓	Anti-CCP	๖๒	๔๘๐	๒๙,๗๖๐
๑๔	ADENOSIN DEAMINASE(ADA)	๑๔๔	๒๐๐	๒๘,๘๐๐
๑๕	Anti-TPO	๖๑	๔๐๐	๒๔,๔๐๐
๑๖	Anti-PR๓/C-ANCA	๔๔	๕๕๐	๒๔,๒๐๐
๑๗	Anti-MPO/P-ANCA	๔๓	๕๕๐	๒๓,๖๕๐
๑๘	C๔ Level	๗๘	๓๐๐	๒๓,๔๐๐
๑๙	PROLACTIN	๗๒	๓๐๐	๒๑,๖๐๐
๒๐	C๓ Level	๘๐	๒๕๐	๒๐,๐๐๐

สถิติการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการส่งต่อทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจต่อควรอยู่ภายใต้การใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use)

ที่มา : กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

◆ PCT สู่ติ - นรีเวชกรรม

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน PCT สู่ตินรีเวชกรรม

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑	อัตราการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งคุณภาพตามเกณฑ์	>ร้อยละ ๖๕	๗๕.๔๗	๗๔.๒	๗๔.๒๒	๖๓.๔๓	๒๖.๐๘
๒	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์รพ. ลำพูน ครั้งแรกอายุครรภ์ < ๑๒ สัปดาห์	ราย/ ร้อยละ	๒๐๐/๓๖๔ (๕๔.๙๕)	๒๓๒/๔๒๘ (๕๔.๒๑)	๒๔๐/๔๓๓ (๕๕.๔๓)	๒๕๖/๔๖๓ (๕๕.๒๙)	๒๖๕/๔๓๔ (๖๑.๐๖)
๓	จำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่ดีเชื้อ HIV	ราย/ ร้อยละ	๔/๓๖๔ (๑.๐๐)	๓/๔๒๘ (๐.๗)	๔/๔๓๓ (๐.๙๒)	๑/๔๖๓ (๐.๒๑)	๑๐/๔๓๔ (๒.๓๐)
๔	หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ อายุ < ๒๐ ปี	ราย/ ร้อยละ	๔๐/๓๖๔ (๑๐.๙๙)	๕๐/๔๒๘ (๑๑.๖๘)	๖๕/๔๓๓ (๑๕.๐๑)	๔๘/๔๖๓ (๑๐.๓๖)	๖๐/๔๓๔ (๑๓.๘๒)
๕	ผู้คลอดที่ ANC รพ.ลำพูน น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า ๑๑ กิโลกรัม	ร้อยละ ๙๐	๘๗/๑๔๘ ๕๘.๗๘	๒๕๐/ ๔๒๘ ๕๘.๔๑	๒๖๐/ ๔๓๓ ๖๐.๐๕	๒๒๓/ ๔๐๑ ๕๕.๖๑	๒๕๕/๓๙๔ (๖๔.๗๒)
๖	หญิงตั้งครรภ์ที่ ANC รพ.ลำพูน คลอดเมื่ออายุครรภ์มากกว่า ๓๖ สัปดาห์	>๙๕%	๘๘.๙๘	๙๕.๘๙	๙๔.๗๙	๙๐.๕๒	๓๗๒/๓๙๔ (๙๔.๔๒)
๗	จำนวนมารดที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีคลอด	< ๑๐%	๖.๑๗	๗.๗๔	๗.๒๑	๖.๑๘	๑๑/๑๔๑๑ (๗.๘๖)
๘	จำนวนการคลอด	ครั้ง	๑๙๑๑	๑๖๒๗	๑๖๓๗	๑๖๘๒	๑๔๑๓
	คลอดปกติ	ครั้ง	๖๔๖	๕๖๔	๕๓๓	๖๓๓	๕๗๓
	คลอดผิดปกติ	ครั้ง	๑๒๕๕	๑๐๖๓	๑๑๐๔	๑๐๔๙	๘๓๙
	C/S	ครั้ง	๑๑๕๙	๑๐๐๐	๑๐๒๙	๙๖๖	๗๘๖
	V/E	ครั้ง	๙๕	๖๑	๗๕	๘๒	๕๑

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
	F/E	ครั้ง	๐	๐	๐	๐	๐
	BA	ครั้ง	๐	๒	๑	๑	๑
	BBA	ราย	๘	๓	๓	๗	๘
	TWIN	ราย	๑๐:๒๑	๑๖:๓๒	๑๐:๒๐	๑๓:๒๖	๑๑:๒๒
๙	จำนวนเด็กเกิดใหม่	คน	๑๙๒๐	๑๖๒๘	๑๖๓๘	๑๖๙๐	๑๔๑๑
	จำนวนทารกคลอดมีชีพ	คน	๑๙๑๗	๑๖๑๙	๑๖๓๑	๑๖๘๗	๑๔๐๙
	จำนวนทารกคลอดไร้ชีพ	คน	๓	๙	๗	๓	๑
	จำนวนทารกตาย ๐-๗ วัน	คน	๕	๒	๓	๓	๑
	จำนวนมารดาตาย	คน	๐	๒	๐	๐	๐
	นน. <๒๕๐๐ กรัม	คน	๒๒๓	๑๙๙	๒๐๘	๒๐๑	๑๖๙
	นน. ๒๕๐๐ -๒๙๙๙ กรัม	คน	๖๑๙	๖๐๑	๕๙๘	๖๕๔	๕๕๐
	นน. ๓๐๐๐-๓๙๙๙ กรัม	คน	๑๐๕๔	๘๐๒	๘๑๐	๘๑๐	๖๘๐
	นน.๔๐๐๐ กรัมขึ้นไป	คน	๑๘	๑๗	๒๒	๒๒	๑๐
๑๐	อัตราการเกิด Birth Asphyxia (ต่อ ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ)	< ๓๐	๒๒.๓๙	๓๐.๘๘	๒๘.๗๘	๒๐.๗๕	๒๔.๖๐
๑๑	อัตราตกเลือดหลังคลอด	< ร้อยละ๓	๒.๔	๒.๖๔	๒.๙๙	๔.๑๖	๔.๙๕
๑๒	อัตราการดาที่เสียชีวิต ภายใน ๔๘ ชั่วโมง (ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ การคลอด)	< ๑๘	๐	๑๒๓.๕๓	๐	๐	๐
๑๓	อัตราทารกตายปริกำเนิด (ต่อ ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ)	< ๙	๔.๑๖	๖.๐๕	๕.๕๑	๓.๕๕	๔.๙๖

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑๔	อัตราผ่าตัดคลอด		๖๐.๖๕	๖๑.๔๖	๖๒.๘๖	๕๗.๔๓	๕๕.๗๑
๑๕	อัตราการผ่าตัดซ้ำในการ ผ่าตัดคลอดบุตร	๐	๐.๒๖	๐.๐๘	๐.๔๒	๐.๐๑	๐.๑๒
๑๖	อัตราการ Recurettage ในผู้ ป่วย ภาวะ หลังแท้งบุตร	๐	๐	๐.๖๕	๐	๐	๐
๑๗	อัตราการผ่าตัดซ้ำในการ ผ่าตัดทาง นรีเวช	๐	๑.๐๗	๐	๐.๔๒	๐	๐
๑๘	อัตราการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่อย่าง เดียว ๖ เดือน	>ร้อยละ ๕๐	๖๒.๕	๖๐	๕๙.๗	๖๒.๙	๖๒.๔

ที่มา : PCT สุตินรีเวชกรรม

◆ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี

๑.บริบท* (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการด้านวิสัญญีในห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลลำพูน ตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจ

ข. ขอบเขต

ให้บริการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดด้านศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน ศัลยกรรมทรวงอก ศัลยกรรมประสาทและสมอง ศัลยกรรมจักษุ ศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก ศัลยกรรมกระดูกขากรรไกรและใบหน้า ศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมทรวงอก ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศัลยกรรมสูติ-นรีเวช ศัลยกรรมหลอดเลือดและส่วนปลาย ศัลยกรรมผู้ป่วยเด็ก ตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด บริการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนการระงับความรู้สึกโดยการเปิดคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก (Pre-anesthesia Assessment Clinic: PAC) ระยะผ่าตัด ให้บริการในเวลาราชการทั้งหมด ๘ ห้องผ่าตัด ศูนย์ส่องกล้อง ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และนอกเวลาราชการ ๒ ห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดให้บริการเตียงพักฟื้น (Post anesthesia Care Unit: PACU) ๑๒ เตียง ตลอดจนการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วยลดความปวดในผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังในคลินิก pain และครอบคลุมในการระงับปวด acute pain

ข้อจำกัด

๑. การประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก ยังไม่สามารถทำได้ครบ ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ เนื่องจากไม่สามารถเปิดคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ

๒. การให้บริการในคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก (Pre-Anesthesia Assessment Clinic : PAC) ไม่มีวิสัญญีแพทย์ออกตรวจประจำ เนื่องจากจำนวนวิสัญญีแพทย์ไม่เพียงพอ มีเพียงวิสัญญีพยาบาลออกตรวจเป็นหลัก ใช้ระบบการ Consult ทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยแต่ละรายที่ต้องการการตรวจวินิจฉัยหรือให้แผนการรักษาเพิ่มเติม

๓. การให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ เนื่องจากโรงพยาบาลลำพูนยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทรวงอกและหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ยังไม่มีศักยภาพในการผ่าตัดผู้ป่วยสาขาดังกล่าว

๔. การให้การระงับความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) ที่แผนกฉุกเฉิน และในหอผู้ป่วย เนื่องจากวิสัญญีแพทย์มีจำนวนไม่เพียงพอ

๕. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลัง ๔๘ ชั่วโมง เนื่องจากภาระงานของวิสัญญีพยาบาลมีจำนวนมากในแต่ละวัน

๖. การดูแลผู้ป่วยวิกฤตในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (Critical care) ที่มีปัญหาวิกฤตระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนเลือด เนื่องจากยังไม่มีวิสัญญีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชบำบัดวิกฤต (Critical care) (มีวิสัญญีแพทย์ที่รับทุนและกำลังจะศึกษาต่อ ในปีการศึกษา ๒๕๖๘ จำนวน ๑ คน)

ผู้รับบริการภายนอก

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
๑. ผู้ป่วย	ความต้องการพื้นฐานและความคาดหวัง ๑. ได้รับการบริการวิสัญญีที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน ๒. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งแบบทั่วตัวและเฉพาะส่วน ๓. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกเทคนิคบริการวิสัญญี ๔. ไม่เปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็น ๕. ไม่เจ็บขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ๖. ตื่นจากยาสลบอย่างปลอดภัย ๗. เจ้าหน้าที่ไม่พูดเสียงดังขณะปฏิบัติงาน พุดจาไพเราะ สุภาพเรียบร้อย ๘. ได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างนุ่มนวล ๙. สถานที่ควรมีอุณหภูมิที่เหมาะสมและได้รับความอบอุ่นร่างกายเมื่อรู้สึกหนาวเย็น
๒. ญาติ	๑. ทราบรายละเอียดข้อมูลของการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก ๒. สถานที่ขณะรอผ่าตัดเหมาะสม ๓. ทราบข้อมูลและรายละเอียดของผู้ป่วยหลังจากรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเป็นระยะๆ

ผู้รับบริการภายใน

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
๑. ศัลยแพทย์	๑. มีความรู้และมีทักษะในการให้บริการที่ดีและมีการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ ๒. มีการประสานงานที่ดี สะดวก รวดเร็วและราบรื่น ๓. มีการวิเคราะห์ความต้องการของศัลยแพทย์เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการให้สอดคล้องกับวิทยาการทางการแพทย์ในปัจจุบัน ๔. มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย และพร้อมใช้งานได้ ๕. มีการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันตลอดระยะเวลาให้บริการ
๒. เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด	๑. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ๒. มีการพูดคุยและประสานงานกันอย่างเป็นระบบ และมีเหตุผล ๓. ช่วยเหลือให้การพยาบาลผู้ป่วยตามสมรรถนะ ทักษะ และความถนัดทางวิชาชีพของวิสัญญีพยาบาล ๔. เป็นส่วนหนึ่งของทีมผ่าตัดในการให้บริการแก่ผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ให้บริการ
๓. พยาบาลหอผู้ป่วย	๑. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ๒. มีการประสานงานและสื่อสารกัน ในการวางแผนก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วนสมบูรณ์ และมีการส่งต่อข้อมูลที่ดี เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ๓. ให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหภาวะแทรกซ้อน หรืออาการผิดปกติของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น
๔. พนักงานเปล	๑. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ๒. มีการสื่อสารให้เปลรับทราบเกี่ยวกับวิธีการระงับความรู้สึกของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างชัดเจน และการใช้อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการให้การดูแลผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
	๓. วางแผนดูแลผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในภาวะวิกฤตร่วมกันตลอดการเคลื่อนย้าย
๕. พยาบาลแผนกฉุกเฉิน	๑. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ๒. มีการประสานงานและสื่อสารกัน ในการวางแผนก่อนการให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อช่วยชีวิตอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ๓. วางแผนร่วมกันในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ๔. ให้ความช่วยเหลือแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจยากในห้องฉุกเฉิน
๖. พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก	๑. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ๒. มีการประสานงานกันในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด อย่างเป็นระบบ และสื่อสารกันอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ๓. ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ กรณีผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกกระบังปวด
๗. พยาบาลแผนกห้องผู้ป่วยหนัก	๑. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ๒. มีการประสานงานในการวางแผนใช้เตียงห้องผู้ป่วยหนักในการดูแลผู้ป่วยหลังให้การระงับความรู้สึกอย่างเป็นระบบ
๘. หน่วยจ่ายกลาง	๑. มีการประสานงานในการดูแลอุปกรณ์ที่ใช้ในทางวิสัญญีที่ต้องได้รับการทำความสะอาดโดยหน่วยจ่ายกลางอย่างเป็นระบบ ๒. วางแผนและบริหารจัดการให้มีอุปกรณ์ที่ใช้ในทางวิสัญญีให้มีจำนวนเพียงพอต่อระยะเวลารอคอยในการทำความสะอาดอุปกรณ์ของหน่วยจ่ายกลาง
๙. งานพัสดุ	๑. ประสานงาน และวางแผนเบิกจ่ายอุปกรณ์พิเศษที่ใช้ในทางวิสัญญีอย่างเป็นระบบ ๒. คาดการณ์การเสื่อมของอุปกรณ์และเครื่องมือยาสลบเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการขออนุมัติซื้อทดแทนไวล่วงหน้า ๓. บันทึกการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ในระบบคอมพิวเตอร์กับผู้ป่วยแต่ละรายให้ครบถ้วน ตามการใช้งานจริง ๔. ใช้เวชภัณฑ์ทางการแพทย์อย่างประหยัดเพื่อควบคุมค่า คຸ້ມທຸນ ในการบริการ
๑๐. ห้องยา	๑. ประสานงาน ตรวจสอบ และวางแผนเบิกจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท ๑ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อย่างเป็นระบบ ๒. ชี้แจงรายละเอียดการคาดการณ์ปริมาณการใช้ยาที่ใช้ในการให้การระงับความรู้สึกเพื่อวางแผนในการจัดซื้ออย่างต่อเนื่อง
๑๑. ศูนย์เครื่องมือแพทย์	๑. ประสานงานและแจ้งให้ทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติของอุปกรณ์และเครื่องมือยาสลบ ๒. วางแผนในการบำรุงรักษาเครื่องมือยาสลบอย่างต่อเนื่อง
๑๒. ศูนย์คอมพิวเตอร์และศูนย์ข้อมูล	๑. บันทึกข้อมูลที่ให้บริการทางวิสัญญี ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลอย่างถูกต้องและครบถ้วน ๒. ดูแลรักษาคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงให้สามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง
๑๓. งานการเงิน	๑. บันทึกข้อมูลรายละเอียดค่าบริการทางวิสัญญีให้ถูกต้อง ครบถ้วน ๒. ร่วมเป็นคณะกรรมการต้นทุนการให้บริการ (Unit cost)
๑๔. งานทรัพยากรบุคคล	๑. แจ้งฝ่ายทรัพยากรบุคคลทันที กรณีมีเจ้าหน้าที่ลาออก เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการขออัตราค่าจ้างทดแทน

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
และงานพัฒนาบุคลากร	๒. ประสานงานและวางแผนการส่งพยาบาลเข้ารับการฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีการเสนอแผนการอบรมระยะยาวอย่างต่อเนื่อง
๑๕. เจ้าหน้าที่ทีมงานวิสัญญี	๑. ความพร้อมของทีมงานและอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ๒. บริการอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน ๓. ความปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน ๔. ได้รับการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ชัดเจน รวดเร็วและถูกต้อง ๕. ขวัญและกำลังใจที่ดีในการปฏิบัติงาน ๖. สถานที่พักผ่อนขณะว่างจากการทำงานอย่างเหมาะสม
๑๖. ฝ่ายการพยาบาล	๑. ปฏิบัติตามนโยบายของหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลอย่างเคร่งครัด ๒. รายงานข้อมูลสถิติการให้บริการ ความเสี่ยง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงาน

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญและจุดเน้นในการพัฒนา

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการบริการวิสัญญีตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และมีความพึงพอใจ

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

ความท้าทาย

๑. การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวซับซ้อน
๒. การลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้การระงับความรู้สึก (specific clinical risk)

ความเสี่ยงที่สำคัญ

๑. การหลุดลงโดยไม่ได้คาดการณ์ และ Unplanned ICU ในการให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวซับซ้อน
๒. การใส่ท่อช่วยหายใจเข้าภายใน ๒ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๑.	การหลุดลงโดยไม่ได้คาดการณ์ และ Unplanned ICU ในการให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวซับซ้อน	-แนวทางการเตรียมความพร้อม และการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวซับซ้อน	-สถิติการหลุดลงโดยไม่ได้คาดการณ์ และ Unplanned ICU ในการให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวซับซ้อน ลดลง
๒.	การใส่ท่อช่วยหายใจเข้าภายใน ๒ ชั่วโมงหลังผ่าตัด	-แนวทางการถอดท่อช่วยหายใจที่มีประสิทธิภาพ	-อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจเข้าภายใน ๒ ชั่วโมงแรก น้อยกว่า ๑ : ๑๐,๐๐๐ ราย

จ.ปริมาณงานและทรัพยากร (คน, เทคโนโลยี, เครื่องมือ)

๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการและ ปริมาณงาน

รายงาน	๒๕๖๔ (ราย)	๒๕๖๕ (ราย)	๒๕๖๖ (ราย)	๒๕๖๗ (ราย)	๒๕๖๘ (ราย)
๑.งานบริการให้ยาระงับความรู้สึก					
๑.๑. General Anesthesia	๘,๒๓๕	๗,๘๕๐	๙,๐๑๕	๙,๕๔๐	๑๒,๗๕๕
๑.๒. Regional Anesthesia	๑,๗๘๘	๒,๑๘๕	๒,๖๒๑	๒,๖๑๓	๔,๐๖๐
๑.๓. Combined Anesthesia	๓๕๔	๔๔๘	๔๑๗	๘๐๒	๑,๐๒๘
๑.๔. MAC	๒๓๘	๒๘๒	๖๓๔	๖๑๕	๖๗๔
รวมผู้รับบริการให้การระงับความรู้สึก	๑๐,๖๑๕	๑๐,๗๖๕	๑๒,๖๘๗	๑๓,๕๗๐	๑๕,๐๙๗
๒. คลินิกระงับปวด	๑๔๘	๑๒๘	๑๕๖	๒๔๒	๒๘๓
๓. การให้คำปรึกษาก่อนการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยนอก	๔๑๙	๗๐๘	๑,๕๘๔	๑,๒๙๙	๒,๑๖๙
๔. การให้คำปรึกษาก่อนการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยใน	๒,๑๕๑	๔,๘๔๕	๑,๗๗๒	๒,๑๘๕	๒,๘๐๒
๕. การบริการนอกหน่วยงาน ใส่ท่อช่วย หายใจและเปิดเส้นเลือด	๗๑	๖๓	๘๖	๕๓	๑๐๘
๖. การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น	๙,๙๕๔	๑๐,๐๕๓	๑๑,๙๕๐	๑๑,๙๘๔	๑๔,๔๒๐
๗. ติดตามเยี่ยมหลังให้การระงับความรู้สึก	๘,๔๙๐	๙,๕๓๕	๑๐,๖๙๕	๑๒,๑๔๓	๑๒,๙๗๘
รวมผู้มารับบริการทั้งสิ้น	๑๐,๘๓๔	๑๐,๙๕๖	๑๒,๙๒๙	๑๓,๘๖๕	๑๕,๔๘๕

๒. ด้านบุคลากร อัตรากำลัง

วิสัญญีแพทย์ (คน)	วิสัญญีพยาบาล (คน)	ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (คน)	ผู้ช่วยพยาบาล (คน)
๖	๒๒	๕	๒

ข้อมูลพยาบาลเฉพาะทาง

ด้านความเชี่ยวชาญ	จำนวน (คน)
๑. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก	๑
๒. การให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยระบบประสาท	๑
๓. การพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์	๑
๔. การพยาบาลเฉพาะทางบริหารทางการพยาบาล	๑
รวม	๔

การเสริมอัตรากำลัง กรณีมีการลาป่วย ปรับหน้าที่ความรับผิดชอบเพื่อรองรับจำนวนทีมการผ่าตัด

๓. เทคโนโลยี และเครื่องมือ

เครื่องดมยาสลบ ๑ เครื่อง/ห้องผ่าตัด	๙	เครื่อง
ระบบกำจัดก๊าซส่วนเกินแบบประยุกต์ ๑ เครื่อง/ห้องผ่าตัด	๘	ห้อง
เครื่องติดตามสัญญาณชีพ	๑๒	เครื่อง
เครื่องติดตามสัญญาณชีพแบบรวมศูนย์	๘	เครื่อง

เครื่องติดตามสัญญาณชีพแบบเคลื่อนย้าย	๑	เครื่อง
เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติพร้อม O ₂ Saturation	๑	เครื่อง
Defibrillator	๑	เครื่อง
Infusion Pump	๓	เครื่อง
Syringe Pump	๓	เครื่อง
Target Control Infusion (TCI)	๒	เครื่อง
Patient Control Analgesia (PCA)	๒	เครื่อง
Nerve Stimulator	๒	เครื่อง
Force air warmer	๖	เครื่อง
Ultrasound	๑	เครื่อง
Video Laryngoscope	๑	เครื่อง
Glide scope	๒	เครื่อง

๑. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
๑.การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ๑.๑ Elective case ในรายที่ set case ก่อน ๑๕.๐๐ น. ๑.๒ ผู้ป่วยที่มีได้รับการ set case หลัง ๑๕.๐๐ น. ถึง ๒๐.๐๐ น. - ให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานนำ chart และfilm มาตรวจรับคำปรึกษาที่หน่วยงานวิสัญญีในเวรบาย ๑.๓ ผู้ป่วยนัดผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกทั่วไปและผู้ป่วยนอกแบบ ODS จะได้รับการตรวจห้องปฏิบัติการและได้รับคำปรึกษาแนะนำจากวิสัญญีแพทย์ที่ห้องตรวจวิสัญญีในห้องผ่าตัด ๑.๔. เปิดให้บริการคลินิกเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ๒.การเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน ๒.๑ การเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึก	๑. เพื่อนำข้อมูลของผู้ป่วยมาวางแผนให้การระงับความรู้สึกได้อย่างปลอดภัย ๑. ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนระงับความรู้สึก ๒. เตรียมความพร้อมเครื่องมือและยา ๓. ผู้ป่วยนอกได้รับการผ่าตัดตามแผน ๑. เครื่องดมยาสลบ เครื่อง monitor พร้อมใช้งาน	- อัตราการเยี่ยมก่อนระงับความรู้สึกผู้ป่วย Elective case ร้อยละ ๑๐๐ - อัตราการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของอุปกรณ์ทางวิสัญญี - อัตรา Admit ผู้ป่วยนอกทั่วไปและผู้ป่วยนอกแบบ ODS ที่มีสาเหตุจากวิสัญญี น้อยกว่าร้อยละ ๕

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
๓.การดูแลผู้ป่วยระหว่างให้การระงับความรู้สึก ๓.๑ เฝ้าระวังสัญญาณชีพระหว่างให้การระงับความรู้สึกตามมาตรฐานราชวิทยาลัย ๓.๒ บันทึกข้อมูลผู้ป่วย สัญญาณชีพ การให้ยา สารน้ำ และเลือดระหว่างการระงับความรู้สึก ๓.๓ เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ๔. การดูแลผู้ป่วยหลังให้การระงับความรู้สึก ๔.๑ มีแนวทางการดูแลและจำหน่ายผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ๔.๒ การเยี่ยมหลังผ่าตัดเพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังให้การระงับความรู้สึกภายใน ๒๔ ชม. ๔.๓ การดูแลและรับปวดในห้องพักฟื้น	- ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเฝ้าระวังระหว่างการระงับความรู้สึกตามมาตรฐานราชวิทยาลัย กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย ๑. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานและได้รับการดูแลความปวดที่เหมาะสม ๒. ติดตามและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ๓. ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลต่อเนื่องไปจนถึงหลังผ่าตัดและเกิดความพึงพอใจ	-อัตราการเลื่อนcaseเนื่องจากความไม่พร้อมของอุปกรณ์ทางวิสัญญี -อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน -อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก -อัตราการเปลี่ยนแปลงวิธีระงับความรู้สึก -อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน -อัตราการเยี่ยมหลังระงับความรู้สึก -อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ ต่อการบริการวิสัญญี

๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานมี ๓ ประเภทได้แก่

๑. Process indicator คือตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยทางวิสัญญี

กระบวนการที่สำคัญ (ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน)	เป้าหมาย (ร้อยละ)	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑.การดูแลและประเมินก่อนการระงับความรู้สึก* - ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมและประเมินก่อนให้การระงับความรู้สึก elective case	๑๐๐	๘๓.๐๐	๕๖.๐๐	๘๒.๐๐	๘๙.๐๐	๘๕.๐
๒.การดูแลขณะระงับความรู้สึก - ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึก anesthetic record - อัตราการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของอุปกรณ์วิสัญญี - อัตรา Admit ผู้ป่วยนอกทั่วไปและผู้ป่วยนอกแบบ ODS ที่มีสาเหตุจากวิสัญญี	๙๕ ๐ ๕	๙๔.๒๖ ๐ ๐	๙๔.๘๔ ๐ ๐	๙๕.๒๑ ๐ ๐	๙๖.๒๐ ๐ ๐	๙๖.๒ ๐ ๐
๓.การดูแลระยะพักฟื้น - ร้อยละการเยี่ยมผู้ป่วยหลังระงับความรู้สึก	๑๐๐	๘๒.๐๐	๙๓.๐๐	๘๔.๓	๙๒.๓	๙๕.๔

***หมายเหตุ** ผู้ป่วยที่มีรายชื่อในตารางผ่าตัด จะได้รับการเยี่ยมประเมินก่อนผ่าตัดล่วงหน้า ๑ วัน และผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ได้รับการเยี่ยมประเมินโดยวิสัญญีแพทย์ที่คลินิก PAC (Pre-anesthesia Assessment Clinic)

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๔.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
๑	การดูแลและประเมินก่อนการระงับความรู้สึก	-การเยี่ยมก่อนการระงับความรู้สึกทุกราย ผู้ป่วยที่ลงตารางผ่าตัดก่อนเวลา ๑๕.๐๐ น. -ผู้ป่วยที่ลงตารางผ่าตัดเกินเวลา ๑๕.๐๐ น. นำแฟ้มผู้ป่วยมาปรึกษาวิสัญญีแพทย์ -เปิดคลินิก PAC (Pre-anesthesia Assessment Clinic)ที่อาคาร ๑๐๐ปี - เปิดช่องทางการเยี่ยมแบบ online โดยการ Scan QR code มารับการเยี่ยมเตรียมความพร้อมทาง Line OA มีการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ทาง VDO call	-อัตราการเยี่ยมก่อนการระงับความรู้สึกเพิ่มขึ้น -ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการทางวิสัญญี
๒	การคิดค่าบริการทางวิสัญญี	-มีการกำหนดหน้าที่การตรวจสอบการคิดค่าใช้จ่าย โดยการตรวจสอบย้อนหลังทุกเวอร์	-อัตราความผิดพลาดเรื่องการคิดค่าใช้จ่าย = ๐
๓	ยา : โครงการ Auto refill	-การนำระบบ auto refill มาใช้จะช่วยแก้ปัญหาในเรื่องยาขาด เนื่องจากเมื่อปริมาณยาในคลังยาวิสัญญีลดลงตามที่กำหนดขั้นต่ำ หน่วยงานเภสัช จะนำยามาให้โดยตรง	-อัตรายาไม่พร้อมใช้ = ๐ -อัตรายาหมดอายุ = ๐

๔.๒ การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑. การพัฒนาระบบการนำเสนอข้อมูลสถิติของหน่วยงาน โดยนำเทคโนโลยีมาใช้ในการนำเสนอข้อมูลเพื่อตอบสนองนโยบาย paperless ของโรงพยาบาลลำพูน

๒. การส่งมอบข้อมูลของผู้ป่วยให้เป็นระบบโดยใช้หลักการ SBAR

๓. การ Identification ผู้ป่วย ตามหลักการ ทำ Surgical Safety Checklist ให้มีประสิทธิภาพ

๕. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. พัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมและการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวซับซ้อน

๒. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลลำพูน

ที่มา : กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา

◆ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการด้านสุขภาพจิต จิตเวช และสารเสพติด เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพอย่างเป็นองค์รวม และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตบริการ และ ศักยภาพ

ขอบเขตการให้บริการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งเด็กและผู้ใหญ่ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในระดับทุติยภูมิ ด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งจัดระบบการส่งต่ออย่างเหมาะสมตามระบบเครือข่าย

ศักยภาพ

๑. ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ในระดับทุติยภูมิ ด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งมีการส่งต่อตามระบบเครือข่าย
๒. ให้บริการด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาติดสารเสพติดทุกประเภท
๓. ให้บริการคลินิกจิตเวชส่งต่อลงสู่เครือข่ายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนและเรือนจำ
๔. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช
๕. เปิดบริการหอผู้ป่วยจิตเวช จำนวน ๕ เตียง ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๖ โดยรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด Acute care โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแล

ปริมาณงาน สถิติการให้บริการ

ข้อมูล	หน่วยนับ	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑. จำนวนผู้รับบริการจิตเวชผู้ใหญ่	คน/ครั้ง	๓,๖๑๘/ ๑๑,๙๖๕	๓,๘๙๕/ ๑๕,๖๐๘	๔,๒๗๐/ ๑๖,๙๕๘	๔,๓๙๙/ ๑๖,๗๖๑	๔,๔๙๔/ ๑๖,๔๘๐
๒. จำนวนผู้รับบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	คน/ครั้ง	๑,๗๔๑/ ๒,๙๘๙	๑,๓๘๔/ ๕,๙๔๙	๑,๙๗๑/ ๗,๑๑๔	๒,๐๐๐/ ๘,๓๐๒	๒,๐๒๗/ ๘,๑๑๒
๓. จำนวนผู้รับบริการคลินิกพัฒนาการเด็ก	คน/ครั้ง	๑๘๕/ ๔๕๓	๒๖๔/ ๔๙๗	๓๖๑/ ๑,๐๑๖	๔๔๐/ ๑,๒๔๘	๔๔๒/ ๑,๓๗๗
๔. จำนวนผู้รับบริการคลินิกMP (บำบัดยาบ้า)	คน	๗๗๐	๓๑๙	๕๒๒	๓๐๔	๒๒๖
๕. จำนวนผู้รับทดสอบทางจิตวิทยา/IQ	คน	๔๘๗	๓๕๔	๕๘๒	๔๘๑	๓๒๒
๖. จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้า	คน	๑,๗๙๑	๑,๘๒๖	๒,๐๑๕	๑,๙๒๐	๑,๘๓๑
๗. จำนวนผู้ป่วยติดสุรา	คน	๕๖๒	๔๖๖	๔๕๒	๓๘๘	๓๖๔
๘. จำนวนผู้ป่วยจิตเภท	คน	๕๘๕	๕๙๔	๖๑๒	๖๑๑	๖๒๗
๙. จำนวนผู้ป่วยโรควิตกกังวล	คน	๖๓๗	๗๖๕	๙๓๕	๑,๐๒๒	๑,๑๐๓
๑๐. จำนวนผู้ป่วยยาบ้า	คน	๑๐๐	๑๒๐	๑๑๙	๑๓๙	๔๖๖
๑๑. จำนวนผู้ป่วยโรคความจำเสื่อม	คน	๓๑๑	๓๔๒	๓๘๔	๔๑๖	๔๖๘
๑๒. จำนวนผู้ป่วยบกพร่องทางการเรียน	คน	๔๘๓	๓๘๔	๗๖๔	๖๗๒	๖๔๑
๑๓. จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้น	คน	๖๑๐	๔๕๔	๘๑๕	๙๘๘	๑,๐๘๓
๑๔. จำนวนผู้ป่วยเรียนรู้ช้า	คน	๑๑๕	๖๔	๒๙๗	๕๕๑	๔๙๕

๑๕. จำนวนผู้ป่วยบกพร่องทางเชาว์ปัญญา	คน	๑๖๖	๑๒๒	๑๙๐	๑๙๗	๒๒๓
ข้อมูล	หน่วยนับ	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑๖. จำนวนผู้ป่วยออทิสติก	คน	๗๐	๑๐๕	๑๙๙	๒๒๔	๒๕๒
๑๗. จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้า อายุ ๐ - ๑๘ ปี	คน	๑๓๐	๑๘๒	๒๓๖	๒๓๙	๒๐๒
๑๘. OSCC	คน	๑๔	๒๐	๑๖	๒๒	๑๔
๑๙. จำนวนผู้ป่วยหรือผู้ป่วยจิตเวช	คน	*	*	๓๐	๘๒	๙๒

การให้คำปรึกษา / รับ Consult จากต่างแผนก และจากหน่วยงานอื่นๆ

ข้อมูล	หน่วยนับ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
ภายในรพ.						
๑. จำนวนผู้ป่วย	คน	๓๐๔	๒๗๐	๒๖๖	๓๔๕	๓๘๕
ภายนอก รพ.						
๑. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่รพช.	/เดือน	*	*	*	๗๒	๑๑๐
๒. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	/เดือน	*	*	*	๓๒	๖๘
๓. จำนวนผู้ป่วยรพ.สต. / เรือนจำ	คน/ครั้ง	๘๓๒/๒,๙๐๗	๗๙๖/๓,๕๘๕	๗๘๐/๓,๓๒๘	๗๘๗/๒,๗๗๗	-/๑๒๒

การออกจิตเวชสัญจร

ข้อมูล	หน่วยนับ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่	คน/ครั้ง	*	*	๔๗๓/๒๔	๕๐๕/๒๔	๕๕๕/๒๔
๒. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	คน/ครั้ง	*/๓	*/๓	*/๓	๑๗๐/๓	๒๐๐/๓

การ Refer ผู้ป่วยจิตเวช

ข้อมูล	หน่วยนับ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่	คน/ครั้ง	๕๓/๖๕	๔๔/๗๐	๗๘/๑๒๖	๑๐๑/๒๐๙	๑๑๑/๑๗๓
๒. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	คน/ครั้ง	๓๓/๔๖	๔๐/๖๙	๓๘/๖๕	๓๒/๔๕	๖๕/๑๒๓

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ข้อมูล	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรในเขตอำเภอเมือง	๑๗.๘๔	๑๐.๘๘	๑๔.๒๒	๑๐.๑๖	๗.๕๑
๒. การฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง	๐	๐	๐	๑	๑
๓. ความสำเร็จการบำบัดยาบ้า Retention Rate (อัตราการอยู่ในการบำบัดรักษา)	๘๕.๑๙	๕๓.๕๖	๘๒.๒๑	๗๓.๐๕	๙๓.๘๘

ที่มา : กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

◆ กลุ่มงานรังสีวิทยา

วิสัยทัศน์หน่วยงาน (Vision)

เป็นห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยที่มีคุณภาพ บริการประทับใจ ปลอดภัยต่อผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน

พันธกิจหน่วยงาน (Mission)

ให้บริการตรวจทางรังสีวิทยาส่งมอบภาพถ่ายรังสีที่มีคุณภาพ และข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด

ขอบเขตการให้บริการ

ในเวลาราชการ

๑. ถ่ายภาพรังสีทั่วไป (General Radiography)
๒. ถ่ายภาพรังสีฟัน (Orthopantomography)
๓. ส่องตรวจพิเศษ (Fluoroscopy)
๔. ถ่ายภาพรังสีเคลื่อนที่ (Portable x-ray)
๕. ถ่ายภาพด้วยรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ (Mobile Radiography)
๖. ตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasound)
๗. ตรวจด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โทโมกราฟฟี (CT)
๘. ถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammography)
๙. แปลผลภาพรังสีและตรวจพิเศษ
๑๐. การตรวจ คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า MRI

นอกเวลาราชการ

๑. ถ่ายภาพรังสีทั่วไป (General Radiography)
๒. ถ่ายภาพรังสีเคลื่อนที่ (Portable x-ray)
๓. ตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasonography)
(กรณี Consultฉุกเฉิน)
๔. ตรวจด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โทโมกราฟฟี (CT)
๕. แปลผลภาพถ่ายรังสี (กรณี Consultฉุกเฉิน)
๖. การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า MRI

การส่งตรวจภายนอกโรงพยาบาล

๑. การตรวจวัดมวลกระดูก (Bone mineral density BMD)

อัตรากำลัง

๑. ส่วนราชการ

ตำแหน่ง	ปี ๒๕๖๘
๑. รังสีแพทย์	๔
๒. นักรังสีการแพทย์	๖
๓. จพ.รังสีการแพทย์	๔
๔. พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค	๘
รวม	๒๒

หมายเหตุ*

ลำดับที่ ๓ จพ.รังสีการแพทย์

- ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานรังสีวิทยา ๓ คน
- ปฏิบัติงานที่รพ.สาขาเวียงยอง ๑ คน

๒. จ้างเจ้าหน้าที่ภายนอก

ตำแหน่ง	จำนวน(คน)
๑. นักรังสีเทคนิค	๑

เครื่องมือ

ลำดับ	ประเภทเครื่อง	จำนวนเครื่อง
๑	เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Computed Tomography	๒
๒	Digital Fluoroscopy	๑
๓	เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ (Potable)	๖
๔	เครื่องเอกซเรย์ฟัน (Panoramic Dental Radiography)	๑
๕	เครื่องเอกซเรย์ทั่วไป	๔
๖	Digital mammogram	๑
๗	เครื่องอัลตราซาวด์	๒
๘	รถเอกซเรย์เคลื่อนที่	๑
๙	เครื่อง MRI	๑

การตรวจสอบมาตรฐานความปลอดภัยทางรังสีโดยหน่วยงานภายนอก (องค์กร วันที่ตรวจ ผล)

- ได้รับอนุญาตให้มีการผลิตและใช้รังสีเอกซ์ จากเครื่องกำเนิดรังสี โดยสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ เมื่อวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕

- มีการสอบเทียบเครื่องมือทางรังสี ตรวจสอบมาตรฐานความปลอดภัยทางรังสี โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑ เชียงใหม่ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ จำนวน ๑๘ เครื่อง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมด

ระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ

- ตรวจเช็คเบื้องต้นประจำวันก่อนใช้งาน โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
- บำรุงรักษาตามรอบเชิงป้องกัน (PM) โดยช่างของโรงพยาบาลและภายนอก
- สอบเทียบมาตรฐานความแม่นยำ โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- อุปกรณ์สำหรับป้องกันอันตรายจากรังสีได้รับการตรวจสอบความปลอดภัยและบำรุงรักษา โดยเจ้าหน้าที่เอกซเรย์ทุก ๖ เดือน

สถิติผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ประเภทการบริการ	หน่วยนับ	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑	ถ่ายภาพรังสีทั่วไป	ภาพ					
	- ตึก๑๐๐ปี ในเวลา		-	-	๔๐๖๒๐	๔๒๙๐๙	๓๗๓๓๘
	- ตึก๑๐๐ปี นอกเวลา		-	-	๔๐๕๔๙	๔๒๔๐๔	๔๔๑๓๗
	- ตึก๖๐ปี ห้อง ๑		-	-	๒๐๔๒๕	๒๔๑๓๑	๓๐๒๑๙
	- ตึก๖๐ปี ห้อง ๒		-	-	๕๖๘๕	๖๒๓๖	๑๓๐๗๖
	- covid		-	-	๓๙๒	๒๒๔	๕๔
	- สาขาเวียงยอง		-	-	๓๒๕๒	๔๒๓๐	๖๑๖๔
	รวมทั้งหมด		๑๐๘๘๖๗	๑๐๙๐๔๐	๑๑๐๙๒๓	๑๒๐๑๓๔	๑๓๑๐๐๘
๒	เอกซเรย์ฟัน	ภาพ	๘๔๙	๑๑๗๘	๑๗๗๘	๑๗๑๑	๑๗๔๕
๓	เอกซเรย์เคลื่อนที่	ภาพ					
	- ในเวลา		-	-	๔๖๙๘	๔๖๓๕	๔๗๒๘
	- นอกเวลา		-	-	๓๖๗๒	๓๙๖๕	๓๘๒๗
	รวมทั้งหมด		-	-	๘๓๗๐	๘๖๐๐	๘๕๕๕

ลำดับ	ประเภทการบริการ	หน่วยนับ	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๔	รถเอกซเรย์เคลื่อนที่	ภาพ	-	-	๗๔๙๗	๑๑๔๒๔	๑๒๒๖๗
๕	ตรวจพิเศษ	case	๑๕๗	๕๙	๑๘๗	๑๔๖	๑๒๔
๖	Ultrasound	part	๓๙๖๔	๔๔๓๕	๕๘๙๒	๖๒๔๒	๖๐๐๖
๗	CT	part	-	-	๔๓๒๓	๔๘๘๐	๔๗๔๑
	- CT ตึก ๖๐ ปี		-	-	๔๙๒๘	๕๑๗๖	๖๐๘๘
	- CT ตึก ๑๐๐ ปี		-	-	๙๒๕๑	๑๐๐๕๖	๑๐๘๒๙
	รวมทั้งหมด		๗๑๐๒	๘๑๔๖			
๘	Mammogram	case	๙๑๙	๑๐๑๐	๑๑๘๑	๑๔๓๑	๑๕๑๐

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑	ร้อยละความถูกต้องของการวินิจฉัยภาพทางรังสี	>๘๐	๘๖.๗๕	๘๗.๕	๘๙.๕	๘๗.๕	๘๘.๕
๒	ร้อยละการออกผลอ่าน CT brain ในผู้ป่วย Stroke fast track ภายในเวลา ๒๐ นาที	≥๘๐	N/A	๘๐.๒๖	๘๘.๒๖	๙๕.๙	๙๖.๐
๓	ระยะเวลาการคอยฟิล์ม OPD ไม่อ่านผล (นาที)	≤ ๑๖	๑๔.๐๔	๑๑.๙๔	๗.๔๔	๙.๑๖	๙.๖๓
๔.	ร้อยละของการถ่ายภาพซ้ำ(PACS)	≤ ๔	๒.๑๔	๔.๑๓	๓.๐๓	๓.๒๘	๓.๗๓
๕.	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก	≥ ๘๐	-	๘๓.๒๓	๘๒.๕๕	๘๖.๔๓	๘๕.๔๒
๖	ร้อยละผลการประเมินมาตรฐาน ๕ส.	≥ ๗๐	๘๕.๒๗	๗๔	๗๙	๗๖	๘๐.๘๕
๗	ร้อยละของเครื่องเอกซเรย์ได้รับการตรวจสอบคุณภาพ	๑๐๐	๒๓.๕๒	๗๐.๕๘	๕.๕๘	๑๐๐	๑๐๐

ความเสี่ยงที่สำคัญ

ลำดับ	ความเสี่ยง		ผลการดำเนินงาน				
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑	คนไข้แพ้สารทึบรังสีจากการตรวจ IVP + CT	เล็กน้อย	๖	๑๑	๑๙	๑๑	๑๐
		ปานกลาง	๑	๒	๒	๑	๓
		รุนแรง	๐	๐	๑	๐	๐
๒	คนไข้ Arrest เมื่อเข้ารับบริการที่แผนกเอกซเรย์		๒	๐	๑	๑	๒
๓	จำนวนครั้งของการถ่ายภาพรังสี ผิดคน/ผิดตำแหน่ง		๔	๒	๕	๕	๗

ลำดับ	ความเสี่ยง	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๔	ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บเพิ่มขึ้นระหว่างการเคลื่อนย้าย	๐	๐	๐	๑	๐
๕	ภาพถ่ายรังสีหรือผลการตรวจถูกเผยแพร่ไปยังบุคคลหรือหน่วยงานอื่นโดยที่ผู้ป่วยไม่ยินยอม	๐	๐	๐	๐	๐
๖	ระบบ PACS ไม่สามารถใช้งานได้ทั้ง โรงพยาบาล (มากกว่า ๓๐ นาที)	๑	๑	๐	๒	๑
๗	คนไข้แพ้สารทึบรังสีซ้ำ	๑	๑	๐	๐	๐

ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่รายงานผลการได้รับปริมาณรังสี (ไมโครซีเวิร์ต μSv) (กย - สค) ปี ๒๕๖๘

Hp (๑๐) ปริมาณรังสีที่ตัวลำตัว ไม่เกิน ๔,๐๐๐ μSv /เดือน หรือ ๒๐,๐๐๐ μSv /ปี (โดยเฉลี่ยช่วง ๕ ปีติดต่อกันต้องไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ μSv)

Hp (๐.๐๗) ปริมาณรังสีผิวหนัง มือ เท้า ไม่เกิน ๔๐,๐๐๐ μSv /เดือน หรือ ๕๐,๐๐๐ μSv /ปี

Hp (๓) ปริมาณรังสีที่เลนส์ของดวงตา ไม่เกิน ๔,๐๐๐ μSv /เดือน หรือ ๒๐,๐๐๐ μSv /ปี (โดยเฉลี่ยช่วง ๕ ปีติดต่อกันต้องไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ μSv)

ชื่อ - สกุล	Hp (๑๐)		Hp (๐.๐๗)		Hp (๓)	
	ค่าสูงสุด	ค่าสะสมต่อปี	ค่าสูงสุด	ค่าสะสมต่อปี	ค่าสูงสุด	ค่าสะสมต่อปี
๑.พญ.กรวรรณ หาญประกอบสุข	๓๗	๓๖๓	๓๗	๓๖๓	๓๗	๓๖๓
๒.พญ.จิตติกา วโรภาษ	๒๙	๓๐๓	๒๙	๓๐๓	๒๙	๓๐๓
๓.พญ.ชุติมา ขจรมาศ	๓๔	๓๓๓	๓๔	๓๓๓	๓๔	๓๓๓
๔.นพ.วุฒิไกร ปันนวล	๔๑	๓๕๑	๔๑	๓๕๑	๔๑	๓๕๑
๕.น.ส.วีณา ผูกพานิช	๕๗	๔๖๘	๕๔	๔๕๙	๕๗	๔๖๘
๖.นางเนตรนภา เทพประสงค์	๕๐	๕๑๓	๕๐	๕๑๓	๕๐	๕๑๓
๗.นายอนุรักษ อินแสง	๘๑	๗๔๔	๘๑	๗๓๕	๘๑	๗๔๔
๘.น.ส.นารีนุช สกุกกลาง	๕๑	๕๐๔	๔๗	๔๙๒	๕๑	๕๐๔
๙.นายจักรพงษ์ จักมา	๔๗	๔๑๑	๔๗	๓๗๒	๔๗	๔๐๒
๑๐.นายอนุชา โปธาพันธ์	๔๓	๔๘๓	๔๓	๔๗๑	๔๓	๔๘๓
๑๑.นายธีระวัฒน์ เชื้อยัง	๔๗	๔๕๓	๔๗	๔๕๓	๔๗	๔๕๓
๑๒.นางปราณี มณีเลิศ	๕๓	๕๓๔	๕๓	๕๓๔	๕๓	๕๓๔
๑๓.นางนุชนภา จอมขันเงิน	๔๗	๕๓๔	๔๗	๕๓๔	๔๗	๕๓๔
๑๔.นางกาญจนา มีชาญ	๕๑	๕๑๓	๕๑	๕๑๓	๕๑	๕๑๓
๑๕.น.ส.กรรณิการ์ หาญกว้าง	๕๗	๔๗๑	๕๗	๔๗๑	๕๗	๔๗๑
๑๖.นายสาสกล สิงห์ไธวะนา	๕๔	๕๔๓	๕๑	๕๓๔	๕๔	๕๔๓
๑๗.น.ส.กัญญารัตน์ มะโนชัย	๕๐	๔๑๑	๕๐	๔๑๑	๕๐	๔๑๑
๑๘.นายเอกรินทร์ ตัญหล้า	๕๑	๔๔๑	๔๙	๔๒๙	๕๑	๔๔๑
๑๙.น.ส.รุ่งนภา ปุกปิงกาศ	๕๐	๓๙๙	๕๐	๓๗๘	๕๐	๓๙๙
๒๐.นายวุฒิไกร แก้วเกิด	๔๖	๑๓๘	๔๖	๑๓๘	๔๖	๑๓๘

รายงานผลการได้รับปริมาณรังสีสะสม รวม ๕ ปี (ไมโครซีเวิร์ต μSv)

Hp (๑๐) รับปริมาณรังสีไม่เกิน ๒๐๐๐๐ ไมโครซีเวิร์ตโดยเฉลี่ยในช่วงห้าปีติดต่อกัน ทั้งนี้ ในแต่ละปีจะรับรังสีได้ไม่เกิน ๕๐๐๐๐ ไมโครซีเวิร์ตต่อปี

Hp (๐.๐๗) รังสีไม่เกิน ๕๐๐๐๐๐ ไมโครซีเวิร์ตต่อปี

Hp (๓) รับปริมาณรังสีไม่เกิน ๒๐๐๐๐ ไมโครซีเวิร์ตโดยเฉลี่ยในช่วงห้าปีติดต่อกัน ทั้งนี้ ในแต่ละปีจะรับรังสีได้ไม่เกิน ๕๐๐๐๐ ไมโครซีเวิร์ตต่อปี

ชื่อ - สกุล	ปริมาณรังสีสะสม ๕ ปี (๒๕๖๔-๒๕๖๘)		
	Hp (๑๐)	Hp (๐.๐๗)	Hp (๓)
๑.พญ.กรวรรณ หาญประกอบสุข	๑๑๘๕	๑๑๘๔	๑๑๘๕
๒.พญ.จิตติกา วโรภาส	๙๑๘	๑๐๒๐	๙๑๘
๓.พญ.ชุติมา ขจรมาศ	๑๓๗๘	๑๓๒๗	๑๓๗๘
๔.นพ.วุฒิไกร ปันนวล	๖๖๓	๖๕๔	๖๖๓
๕.น.ส.วีณา ผูกพานิช	๗๗๐	๔๕๙	๔๖๘
๖.นางเนตรนภา เทพประสงค์	๑๕๓๙	๑๕๕๑	๑๕๓๙
๗.นายอนุรักษ์ อินแสง	๒๘๗๕	๒๗๑๒	๒๘๗๕
๘.น.ส.นารีนุช สกุลกลาง	๒๓๖๓	๒๑๙๕	๒๓๖๓
๙.นายจักรพงษ์ จักมา	๒๔๗๒	๒๔๐๖	๒๔๖๓
๑๐.นายอนุชา โพธิ์พันธ์	๑๗๓๒	๑๗๑๗	๑๗๓๒
๑๑.นายธีระวัฒน์ เชื้อยัง	๒๐๑๔	๑๙๖๐	๒๐๑๔
๑๒.นางปราณี มณีเลิศ	๑๖๕๙	๑๖๒๐	๑๖๕๙
๑๓.นางนุชนภา จอมขันเงิน	๑๐๓๘	๑๐๓๘	๑๐๓๘
๑๔.นางกาญจนา มีชาญ	๑๕๓๙	๑๓๐๒	๑๕๓๙
๑๕.น.ส.กรรณิการ์ หาญขว้าง	๑๒๐๐	๑๐๘๖	๑๒๐๐
๑๖.นายสากล สิงห์ไธวงนา	๒๖๙๑	๒๕๓๘	๒๖๙๑
๑๗.น.ส.กัญญารัตน์ มะโนชัย	๙๙๖	๙๗๕	๙๙๖
๑๘.นายเอกรินทร์ ต้อยหล้า	๔๔๑	๔๒๙	๔๔๑
๑๙.น.ส.รุ่งนภา ปุกปิงกาต	๓๙๙	๓๗๘	๓๙๙
๒๐.นายวุฒิไกร แก้วเกิด	๑๓๘	๑๓๘	๑๓๘

มีการประเมินปริมาณรังสีที่ได้รับ จากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ทุก ๆ ๓ เดือน พบว่าการได้รับปริมาณรังสีสะสมของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านรังสีทุกคน โดยใช้แผ่นวัดรังสีประจำตัวบุคคล (OSL) มีค่าปริมาณรังสีสะสมที่ได้รับอยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยทุกคน

การดำเนินงานด้านคุณภาพ

๑. การทบทวนเรื่องความปลอดภัยในการฉีดสารทึบรังสี โดยครอบคลุมถึงคนไข้ตั้งครรภ์ เพิ่มเติมข้อมูลในใบยินยอม เพิ่มการตรวจวัดสัญญาณชีพ (Vital sign) ก่อนและหลังฉีดสารทึบรังสี ทบทวนระบบขอความช่วยเหลือกรณีต้องทำ CPR และมีการ scan ข้อมูลเอกสารเก็บไว้ในระบบ PACS
๒. เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติ CPR ครบ ๑๐๐ %
๓. บริการตรวจสอบสุขภาพภายนอกโรงพยาบาล ด้วยรถเอกซเรย์เคลื่อนที่
 - เอกซเรย์ปอด Screening TB ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดลำพูน
 - เอกซเรย์ปอด Screening TB และตรวจสุขภาพประจำปี ในเรือนจำกลางจังหวัดลำพูน
 - ตรวจสุขภาพประจำปี ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานราชการต่างๆ ร่วมกับทีมตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลลำพูน
๔. การนำเทคโนโลยี AI for chest film ใช้ในการรายงานผลเอกซเรย์ปอด ในระบบ PACs เริ่มตั้งแต่ ๒๕๖๗ โปรแกรม SIRIRAJ AI
๕. การนำเทคโนโลยี APP LINE มาใช้ในการนัดตรวจอัลตราซาวด์ สำหรับโรงพยาบาลลำพูน สาขาเวียงยอง เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและลดการเดินทางเพื่อมานัดตรวจอัลตราซาวด์ด้วยตนเอง
๖. ปรับปรุงป้ายหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา จุดลงทะเบียนเอกซเรย์และนัดตรวจ ให้เหมาะสมในการปฏิบัติงาน เพิ่มความสวยงาม สะดวกสบายและผู้มารับบริการสามารถเห็นอาคารได้ชัดเจนขึ้น ติดตั้งห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสาขาเวียงยอง เพิ่มความมิดชิดและความสะดวกสบายให้กับผู้ป่วยในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการถ่ายภาพรังสี
๗. เปิดศูนย์บริการการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า MRI ภายใต้การควบคุมมาตรฐานบริการโดยบริษัท ประชาชื่นอิมเมจจิง เซ็นเตอร์ จำกัด ซึ่งตั้งอยู่ภายในบริเวณโรงพยาบาลลำพูน
๘. ผ่านการประเมินมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย (MOPH X-RAY STANDARD) กระทรวงสาธารณสุข

โอกาสในการพัฒนา

๑. วางแผนใช้ระบบ Paperlees เพื่อลดการใช้กระดาษ
๒. วางแผนโครงการพัฒนาเครือข่ายคุณภาพและนิเทศติดตามคุณภาพงานรังสีวิทยาใน จ. ลำพูน
๓. พัฒนาคุณภาพงานรังสีตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุข (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๖๕) เพื่อให้ผ่านการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย (External Audit)
๔. เพิ่มบริการตรวจเอกซเรย์ทั่วไปที่โรงพยาบาลสาขาเวียงยอง ตาม Service plan ของ PCT ต่าง ๆ ที่กำลังจะเปิดให้บริการ
๕. วางแผนการนำระบบปัญญาประดิษฐ์ที่ผ่านการตรวจสอบจากองค์การอาหารและยาของประเทศไทย (THAI FDA) และสหรัฐอเมริกา (US FDA:CADE) เพื่อช่วยบ่งชี้ความผิดปกติจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกในการบริการตรวจสุขภาพภายนอกโรงพยาบาลด้วยรถเอกซเรย์เคลื่อนที่
๖. ร่วมสอนเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือทางรังสีวิทยาและการตรวจทางรังสีวิทยา สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๔ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
๗. พัฒนาระบบการบริการ ให้ผู้ป่วยพึงพอใจเรื่องพฤติกรรมบริการ ตลอดจนสถานที่และสิ่งแวดล้อม

ที่มา : กลุ่มงานรังสีวิทยา

◆ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ประกอบด้วย ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู งานกายภาพบำบัด งานกิจกรรมบำบัด และงานกายอุปกรณ์

ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู

บริบท แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค ตรวจประเมิน ให้การรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการปวด มีภาวะเสื่อมถอย มีอาการอ่อนแรง มีความผิดปกติของระบบประสาท หรือมีความพิการด้วยวิธีการใช้ยา การทำหัตถการ การใช้เครื่องมือ การออกกำลังกายจำเพาะ การให้คำแนะนำทางการแพทย์ การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือหรือทดแทน หรืออื่นๆ ทั้งยังมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเป็นซ้ำ

ข้อมูลทั่วไป :

บุคลากร แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ๑ คน เจ้าหน้าที่งานเวชกรรมฟื้นฟู ๑ คน

พยาบาลวิชาชีพ ๑ คน พนักงานผู้ช่วยคนไข้ ๑ คน (ตำแหน่งอยู่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก)

ปีงบประมาณ	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
ผู้ป่วยทั้งหมด (ครั้ง)	๕,๖๑๗	๕,๐๗๕	๔,๐๐๓
หัตถการฝังเข็ม (ครั้ง)	๒,๐๘๖	๒,๑๐๗	๑,๔๙๖
ออกเอกสารรับรองความพิการ (คน)	๑๘๙	๑๔๘	๒๐๒
การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย (NCV & EMG) (ครั้ง)	๑๓๔	๓๖	๑
การรักษาด้วยคลื่นกระแทก (Shockwave) (ครั้ง)	๒๓	๙๖	๒๒๕

อันดับโรคที่พบบ่อย ๕ อันดับแรก

อันดับ	ปี ๒๕๖๖ (ครั้ง)	ปี ๒๕๖๗ (ครั้ง)	ปี ๒๕๖๘ (ครั้ง)
๑	Sequelae of stroke (๑,๒๐๗)	Sequelae of stroke (๑,๒๒๐)	Sequelae stroke (๑๐๘๐)
๒	Spine disease (๙๕๕)	Spine disease (๑,๐๘๒)	Spine disease (๙๒๔)
๓	Myofascial pain (๕๖๕)	Myofascial pain (๖๗๖)	Myofascial pain (๓๘๐)
๔	Spinal cord injury (๒๔๔)	Spinal cord injury (๒๓๑)	Spinal cord injury (๒๒๒)
๕	OA knee (๑๘๘)	OA knee (๑๙๕)	OA knee (๑๕๔)

งานกายภาพบำบัด

บริบท งานกายภาพบำบัดให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย และผู้พิการตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ขอบเขตการให้บริการงานกายภาพบำบัดให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ในผู้ป่วยโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท อายุรกรรม ศัลยกรรม เด็ก สตรีกรรม ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และประชาชนทั่วไปให้มีสุขภาพดี เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

ข้อมูลทั่วไป บุคลากร นักกายภาพบำบัด ๑๒ คน ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด ๔ คน

ข้อมูลผู้ป่วย แยกตามเพศและช่วงอายุ

ประเภทผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย		เพศ		ช่วงอายุ		
	คน	ครึ่ง	ชาย	หญิง	๐-๑๔	๑๕-๖๐	๖๐ปีขึ้นไป
๑. ผู้ป่วยนอก (รวมทั้งหมด)							
๑.๑ ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่แผนกกายภาพบำบัด	๕,๑๕๒	๑๐,๙๑๗	๔,๑๖๑	๖,๗๕๖	๒๘๓	๕,๓๐๖	๕,๓๒๘
๑.๒ ประเมินความเสี่ยงล้มในผู้สูงอายุ ณ คลินิกผู้สูงอายุ รพ.ลำพูน	๑๔๙	๓๗	๖๓	๘๙	-	-	๑๔๙
๑.๓ โรงเรียนพ่อแม่	๒๖๒	๔๐	-	-	๒	๒๖๐	-
๑.๔ DM Remission - รพ.สาขาเวียงยอง - คลินิกเบาหวาน รพ.ลำพูน	๓๐๒	๓๘	๑๘๙	๑๑๓	๐	๑๘๗	๑๑๕
๑.๕ Wellness	๕๙๗	๖๗	๒๐๓	๓๙๔	๒๑	๕๓๙	๓๗
๒. ผู้ป่วยใน	๔,๓๙๕	๑๓,๔๘๒	๖,๕๒๖	๖,๘๖๙	๒๒๘	๔,๒๕๑	๙,๐๐๓
๓. ออกเยี่ยมบ้าน							
๓.๑ On – site	๒๒๖	๕๔	๙๘	๑๒๘	๐	๑๔๖	๘๐
๓.๒ โทรศัพท์ติดตาม	๘๗	๒๓	๓๐	๕๗	๐	๓๘	๔๙
รวม ๑+ ๒	๓๑๓	๗๗	๑๗๗	๑๓๖	๐	๑๘๔	๑๒๙

หมายเหตุ : ผู้ป่วยนอก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกกายภาพบำบัด (เฉพาะ OPDเท่านั้น) ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงล้ม ณ คลินิกกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ รพ.ลำพูน หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสอนที่คลินิกโรงเรียนพ่อแม่ ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) ผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิก DM Remission และ Wellness รพ.ลำพูนสาขาเวียงยอง

ประเภทผู้รับบริการแยกตาม ๔ กลุ่มโรคหลัก	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน	รวม
Musculoskeletal conditions	๘,๙๗๐	๖,๓๗๒	๖๖	๑๕,๔๐๘
Neurological conditions	๑,๔๙๒	๔,๒๙๙	๑๓๐	๕,๙๒๑
Circulatory & respiratory	๑๔	๑,๗๙๔	๐	๑,๘๐๘
Miscellaneous conditions	๔๔๑	๑,๐๑๗	๑	๑,๔๕๙
รวม	๑๐,๙๑๗	๑๓,๔๘๒	๑๙๗	๒๔,๕๙๖

ประเภทผู้รับบริการแยกตามกลุ่มโรค ๕ อันดับแรกของ OPD และ IPD

ประเภทผู้รับบริการแยกตามกลุ่มโรค OPD	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
๑. Lumbar syndrome (Spinal canal Stenosis)	๒,๕๗๘	๒๓.๖๑
๒. Cervical Syndrome (Cervical Spondylosis)	๑,๖๑๖	๑๔.๘๐
๓. Shoulder disorders (Rotator cuff/ Frozen shoulder)	๑,๒๘๙	๑๑.๘๑
๔. Cerebrovascular disease (STROKE)	๑,๐๑๙	๙.๓๓
๕. Myofascial Pain Syndrome (Neck & Shoulder region)	๖๑๖	๕.๖๔

ประเภทผู้รับบริการแยกตามกลุ่มโรค IPD	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
๑.Cerebrovascular disease (STROKE)	๓,๑๐๙	๒๓.๐๖
๒.Fracture of Lower limbs	๑,๖๕๖	๑๒.๒๘
๓.Osteoarthritis of Knee (OA Knee)	๑,๔๘๒	๑๐.๙๙
๔.Fragile Hip Fracture	๑,๒๖๗	๙.๔๐
๕.Pneumonia	๙๕๐	๗.๐๕

สรุปกิจกรรมการให้บริการทางกายภาพบำบัด (ICD๙) ๕ อันดับแรก

ลำดับ	รหัส ICD๙	กิจกรรม	จำนวนครั้ง
๑	๙๓๑๒	การออกกำลังกายเพื่อการรักษา (THERAPEUTIC EXERCISE)	๑๗,๑๖๘
๒	๙๓๓๕	การประคบความร้อน (HYDROCOLLATOR)	๑๑,๘๖๗
๓	๙๓๘๒	การสอนญาติและผู้ป่วยเพื่อทำกายภาพบำบัดเองที่บ้าน	๗,๙๑๕
๔	๙๓๒๒	การฝึกยืน/เดิน (AMBULATION TRAINING)	๖,๘๖๙
๕	๙๓๓๔	การบำบัดด้วยอัลตราซาวด์ (ULTRASOUND THERAPY)	๕,๕๘๘

งานกิจกรรมบำบัด

บริบท งานกิจกรรมบำบัด ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ แก่ผู้ป่วยและผู้พิการที่สูญเสียสมรรถภาพชั่วคราวหรือถาวร และบุคคลทั่วไป เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด

ข้อมูลทั่วไป บุคลากร นักกิจกรรมบำบัด ๔ คน

ข้อมูลผู้ป่วย

๑. แยกตามประเภทผู้ป่วย (ผู้ป่วยบางคนอาจมีมากกว่า ๑ diagnosis)

ประเภทผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย			
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. ผู้ป่วยนอก	๒,๒๗๑ คน ๒,๘๗๓ ครั้ง	๑,๔๔๓ คน ๒,๔๕๐ ครั้ง	๑,๖๐๑ คน ๒,๔๙๐ ครั้ง	๑,๔๑๘ คน ๑,๙๙๙ ครั้ง
๒. ผู้ป่วยใน	๘๖ คน ๑๖๒ ครั้ง	๑๒๒ คน ๑๘๐ ครั้ง	๑๘๕ คน ๒๙๒ ครั้ง	๒๑๔ คน ๓๑๘ ครั้ง
รวม	๒,๓๕๗ คน ๓,๐๓๕ ครั้ง	๑,๖๒๓ คน ๒,๖๓๐ ครั้ง	๑,๗๘๖ คน ๒,๗๐๑ ครั้ง	๑,๖๓๒ คน ๒,๓๑๗ ครั้ง

๒. ประเภทผู้รับบริการแยกตามกลุ่มโรค

กลุ่มโรค	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. Neuromuscular system	๓๘๘ คน ๗๗๒ ครั้ง	๔๗๗ คน ๙๘๗ ครั้ง	๔๗๗ คน ๑,๐๑๖ ครั้ง	๓๘๙ คน ๗๘๗ ครั้ง
๒. Musculoskeletal system	๒๙๐ คน ๔๓๓ ครั้ง	๓๓๑ คน ๖๒๔ ครั้ง	๔๐๓ คน ๖๕๐ ครั้ง	๔๕๕ คน ๖๒๘ ครั้ง
๓. Delayed developmental	๑๑๗ คน ๑๘๓ ครั้ง	๓๙๔ คน ๕๐๗ ครั้ง	๖๐๙ คน ๗๒๕ ครั้ง	๕๗๔ คน ๖๓๗ ครั้ง
๔. Cognitive dysfunction	๑๗๔ คน ๒๖๘ ครั้ง	๓๑๕ คน ๔๖๔ ครั้ง	๒๙๗ คน ๓๙๑ ครั้ง	๒๑๔ คน ๒๖๕ ครั้ง
๕. Well baby and high risk	๑,๓๗๘ คน ๑,๓๗๘ ครั้ง	๔๘ คน ๔๘ ครั้ง	-	-

๓. ประเภทผู้รับบริการแยกตามโรค ๕ อันดับแรก

ลำดับที่	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ครั้ง)	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ครั้ง)	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ครั้ง)	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (ครั้ง)
๑	Stroke (๖๔๗)	Delayed development (๙๙๒)	Delayed development (๑,๑๒๐)	Delayed development (๙๑๕)
๒	Delayed development (๔๖๕)	Stroke (๘๘๑)	Stroke (๙๒๒)	Stroke (๖๖๖)
๓	Fracture upper extremity (๒๙๒)	Fracture upper extremity (๔๑๔)	Fracture upper extremity (๕๐๐)	Fracture upper extremity (๕๐๐)
๔	Hand injury (๑๒๗)	Hand injury (๑๑๔)	Hand injury (๖๑)	Traumatic brain injury (๘๙)
๕	Traumatic brain injury (๔๑)	Joint stiffness (๖๑)	Traumatic brain injury (๔๙)	Hand injury (๕๐)

งานกายอุปกรณ์

บริบท งานกายอุปกรณ์ ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ แก่ผู้ป่วยและผู้พิการที่สูญเสียสมรรถภาพชั่วคราวหรือถาวร เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อมูลทั่วไป

บุคลากร นักกายอุปกรณ์ ๑ คน ช่างกายอุปกรณ์ ๒ คน

ช่างเครื่องช่วยคนพิการ ๑ คน พนักงานบริการ ๑ คน

ข้อมูลผู้ป่วย

๑. แยกตามประเภทผู้ป่วย

ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ผู้ป่วยทั้งหมด	๔,๓๔๖ คน/ ๔,๕๖๕ ครั้ง	๕,๐๐๘ คน/ ๕,๒๓๓ ครั้ง	๔,๕๕๘ คน/ ๔,๖๓๔ ครั้ง
๑.ผู้ป่วยนอก	๒,๓๐๑ คน/ ๒,๓๐๑ ครั้ง	๒,๖๐๒ คน/ ๒,๘๒๗ ครั้ง	๒,๓๗๖ ราย/ ๒,๓๗๖ ครั้ง
๒.ผู้ป่วยใน	๒,๐๔๕ คน/ ๒,๐๔๕ ครั้ง	๒,๔๐๖ คน/ ๒,๔๐๖ ครั้ง	๒,๑๐๖ ราย/ ๒,๑๐๖ ครั้ง
การผลิตกายอุปกรณ์ ขาเทียมกาย/ อุปกรณ์เสริม	๓๙๓ ชิ้น	๔๕๒ ชิ้น	๘๙ ชิ้น/ ๒๔๔ ชิ้น
อุปกรณ์สำเร็จรูป	๔,๙๗๘ ชิ้น	๔๘๕๒ ชิ้น	๔,๒๒๕ ชิ้น

๒. ประเภทผู้รับบริการแยกตามประเภทกายอุปกรณ์

รายการกายอุปกรณ์ผลิต	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
กายอุปกรณ์เทียม	จำนวน	จำนวน	จำนวน
รวมรายปีทั้งหมด (กายอุปกรณ์เทียม/กายอุปกรณ์เสริม/ซ่อมหรือดัดแปลง)	๓๙๒	๔๕๒	๓๘๐
แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วมีระบบการใช้งาน	๑	๒	๑
แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน	๐	๐	๑
แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	๐	๐	๑
ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน *๘๒๐๓*	๑๐	๒๐	๒๔
ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน *๘๒๐๖*	๐	๒	๒
ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนนอก*๘๒๐๔*	๐	๑	๐
ขาเทียมระดับข้อเท้า(SYME) *๘๒๐๑*	๐	๑	๐
เท้าแขนเทียมใต้ศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเท้า)	๐	๐	๐
เท้าแขนเทียมเหนือศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเท้า)	๐	๐	๐
ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนในเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้(SINGLE AXIS)	๑	๑	๑
เท้าขาเทียมใต้เข่า	๘	๘	๕
เท้าขาเทียมระดับเข่า	๑	๐	๑
เท้าขาเทียมเหนือเข่า	๓	๑	๐
เท้าขาเทียมระดับตะโพก	๐	๐	๐
เท้ารับน้ำหนักที่กระดูกก้นกบ(ISCHIUM TURBEROSITY)	๐	๐	๐
เท้าอ่อนขาเทียมใต้เข่าชนิดซิลิโคน	๐	๓	๐
มือเทียมห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน	๑	๐	๐
นิ้วเทียมหรือถุงมือยาง	๑	๐	๑
รวม กายอุปกรณ์เทียม	๒๖	๓๙	๓๗

กายอุปกรณ์เสริม	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
โลหะหรือ พลาสติกตามหลังคด	๐	๒	๑
รองเท้าคนพิการ	๒๖	๓๐	๒๙
รองเท้าเสริมส่วนหน้า	๐	๑	๐
เสริมฝ่าเท้าส่วนหน้า	๐	๑	๐
T-STRAP	๐	๐	๐
รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล	๒๑	๒๘	๑๖
โลหะตามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้	๐	๐	๒
โลหะตามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้	๐	๓	๓
พลาสติกตามขนาดสั้น(เบิกได้) (กันเท้าตก)	๔๖	๖๑	๕๔
แผ่นโลหะ/พลาสติกบังคับเชิงกรานเด็ก	๐	๑	๐
อุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย	๑๓๔	๑๖๖	๑๕๓
อุปกรณ์พยุงข้อมือหรือนิ้ว	๐	๐	๐
รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีเท้าผิดปกติ เนื่องจาก บางส่วนถูกตัด	๐	๐	๑๗
อุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อ ป้องกันการเกิดแผล, แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า	๑๙	๓๖	๒
FUNCTIONAL HAND SPLINT (ผู้ใหญ่)	๒	๔	๔
รวม กายอุปกรณ์เสริม	๒๔๘	๓๓๓	๒๘๑

ซ่อมหรือดัดแปลงกายอุปกรณ์เสริม-กายอุปกรณ์เทียม	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
ค่าดัดแปลงรองเท้าคนพิการ	๖๗	๕๓	๓๘
สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า	๓	๓	๐
แป้นสายเข็มขัด	๐	๑	๐
เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่าง ๆ	๗	๘	๗
น็อตยึดฝ่าเท้าเทียม เหนือเข่า	๐	๐	๐
ข้อเข่าเทียมแบบแกนใน	๓	๐	๓
สายเข็มขัดสำหรับขาเทียมระดับเหนือเข่า	๔	๐	๑
น็อตยึดฝ่าเท้าเทียม ใต้เข่า M๑๐/๒.๕ เกลียวตลอด	๐	๐	๐
ค่าปรับปรุงอุปกรณ์ข้อเข่า	๑	๐	๐
โพน้าเทียมใต้เข่า (BK COSMOETIC FOAM)	๓	๑	๒
ถุงน่องขาเทียมเหนือเข่า	๔	๑	๑
SACH FOOT ADAPTOR ตัวต่อยึดเท้ากับหน้าแข้งเทียม รุ่นใหม่	๑	๒	๐
ข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ SINGLE AXIS ANKLE JOINT,SINGLE SHAFT MOVABLE ANKLE (ข้อเท้า)	๒	๐	๐

ซ่อมหรือดัดแปลงกายอุปกรณ์เสริม-กายอุปกรณ์เทียม	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
เท้าหลุมสำหรับข้อเท้าโยกได้ SINGLE AXIS POLYURETHANE FOOT DOUBLE HOLE	๓	๐	๓
ตัวยึดเข้าเทียม SOCKET ADAPTOR WITH ROTATOR ADJUSTMENT*	๑	๐	๐
แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้งTUBE ADAPTOR สีฟ้า	๓	๒	๐
ข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้(SINGLE AXIS ANKLE JOINT)	๑	๐	๐
เท้าหลุมสำหรับข้อเท้าโยกได้	๑	๐	๐
BK SOCKER ADAPTOR (ดาวรุ่นใหม่)	๔	๔	๔
ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ TUBE CLAMP ADAPTOR(รุ่นใหม่สีฟ้า)	๒	๑	๐
โฟมขาเทียมเนื้อเข้า COSMETIC FOAM	๒	๓	๐
ถุงน่องขาเทียมใต้เข้า	๒	๑	๒
ค่าซ่อมรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้	๔	๐	๑
รวม ซ่อมหรือดัดแปลงกายอุปกรณ์	๑๑๘	๘๐	๖๒

ที่มา : กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

◆ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์

บริบท (Context)

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ ให้บริการในมิติด้านสังคม (Social Care) แก่ ผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และชุมชน ที่ประสบปัญหาทางสังคมอันเป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาลและคุณภาพชีวิต โดยให้บริการอย่างมีส่วนร่วม ผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามมาตรฐานวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

ขอบเขตการให้บริการ (Scop of Service)

จัดบริการทางสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์แก่ ผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และชุมชนที่ประสบปัญหาทางสังคมอันเป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาลและคุณภาพชีวิต โดยกระบวนการและวิธีการทางสังคมสงเคราะห์ จัดบริการวินิจฉัย ประเมินปัญหาทางสังคม จัดบริการบำบัดทางสังคม การบำบัดเยียวยา การป้องกันและเฝ้าระวังทางสังคม จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม จัดบริการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิ การสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ชุมชน การจัดการทรัพยากรทางสังคม และสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสวัสดิการสังคม จัดบริการศูนย์พึ่งได้ (OSCC) และศูนย์ช่วยเหลือสังคม เพื่อให้บริการช่วยเหลือเด็ก สตรีและบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรง และผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยนักสังคมสงเคราะห์ รับบทบาทเป็น Case Manager ให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ครอบคลุม ในรูปแบบการจัดการรายกรณี การประชุมสหวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล (Case Conference) งานบริหารงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ บริหารจัดทำแผนยุทธศาสตร์งานสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม งานสอนฝึกอบรม งานวิจัยและพัฒนา เป็นแหล่งฝึกอบรมนักศึกษาสังคมสงเคราะห์และบริการสังคมด้านวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

ศักยภาพ : เป็นหน่วยงานจัดบริการทางสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามมาตรฐานวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

ข้อจำกัด : กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติหน้าที่ในเวลาราชการ ไม่มีเวรปฏิบัติหน้าที่นอกเวลาราชการ

บุคลากร : นักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพ ข้าราชการ ๒ คน พกส. ๑ คน

ผลการดำเนินงาน

ประเภท	จำนวนผู้ใช้บริการ		
	๒๕๖๖ (ราย)	๒๕๖๗ (ราย)	๒๕๖๘ (ราย)
ผู้ป่วยนอก	๕๑๕	๕๕๒	๕๘๘
ผู้ป่วยใน	๒๙๕	๓๗๔	๔๑๕
รวม	๘๐๙	๙๒๖	๑,๐๐๓

ลำดับ	กลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการทางสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	ผลการดำเนินงาน	
		ราย	ครั้ง
๑	ผู้ใช้บริการทั่วไป	๑๘๒	๑๘๒
๒	ผู้ป่วยโรคทั่วไป	๕๘	๑๑๒
๓	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ผู้ป่วย Long term Care/จำหน่ายยาก	๕๑	๗๕
๔	ผู้ป่วยที่ถูกกระทำความรุนแรง OSCC	๑๓๔	๒๑๔
๕	หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	๑๗๙	๒๑๔
๖	ผู้ป่วยติดสารเสพติด	๒๕	๓๐
๗	ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน	๑๐	๑๕
๘	ผู้พิการ	๒๗	๒๗
๙	ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	๓๗	๕๕
๑๐	พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ	๑๓	๑๘
๑๑	ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	๓	๓
๑๒	ผู้ที่ไม่มียาลูกประกัน/มีปัญหาใช้สิทธิ	๒๗๓	๔๐๙
๑๓	ผู้ป่วยวัณโรคคอตีบ	๑๑	๓๕
รวม		๑,๐๐๓	๑,๓๘๙

ลำดับ	การบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	ผลการดำเนินการ	
		ราย	ครั้ง
๑	บริการทางสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์		
	๑.๑ การให้คำแนะนำ/ความรู้ด้านสวัสดิการสังคม	๕๑๘	๕๘๓
	๑.๒ การให้ความรู้ด้านกฎหมาย/พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้อง	๓๕๘	๓๙๓
	๑.๓ การให้ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา	๒๑๗	๒๒๒
	๑.๔ การให้ความรู้ด้านการดูแลทางสังคม	๔๖๙	๕๓๐
	๑.๕ การให้คำปรึกษามากกว่า ๓๐ นาที	๒๑๗	๒๓๑
	๑.๖ การให้คำปรึกษาน้อยกว่า ๓๐ นาที	๗๘๖	๗๘๖
	๑.๗ การให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือทางสังคม	๑๓๘	๑๔๒
	๑.๘ การให้ปรึกษาเกี่ยวกับบทบาทครอบครัว	๑๓๕	๑๔๒
	๑.๙ การให้คำปรึกษากลุ่ม	๑๘๑	๑๘๙
	๑.๑๐ การเจรจาต่อรองในภาวะวิกฤต	๒๐	๒๒
	๑.๑๐ การเจรจาต่อรอง/ไกล่เกลี่ย	๑๙๔	๒๑๐

ลำดับ	การบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	ผลการดำเนินการ	
		ราย	ครั้ง
๒	การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม		
	๒.๑ การฟื้นฟูสมรรถภาพรายกลุ่ม	๑๓๔	๑๔๐
	๒.๒ การฟื้นฟูสมรรถภาพรายบุคคล	๔๕๒	๕๐๐
	๒.๓ สร้างทักษะ/วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทักษะที่ดี	๒๒๗	๒๕๔
	๒.๔ การเสริมสร้างสุขอนามัยส่วนบุคคล	๒๔๑	๒๖๗
	๒.๕ การฟื้นฟูสุขภาพจิต/การเพิ่มทักษะในการดูแลสุขภาพ	๕๘๗	๖๖๕
	๒.๖ การให้การปรึกษาและแนะนำการประกอบอาชีพ/ทักษะพื้นฐาน	๓	๓
	๒.๗ ส่งต่อเครือข่าย/หน่วยงานอื่นในการมีส่วนร่วม ด้านสวัสดิการสังคม	๔๑	๔๓
๓	การคุ้มครองสิทธิทางสังคมและการจัดการทรัพยากรทางสังคม		
	๓.๑ การพิจารณาค่ารักษาพยาบาล	๑๘๓	๘๓๗,๕๒๔. ๐๕ บาท
	๓.๒ จัดหาสถานที่ดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	๑๕	๑๕
	๓.๔ ประสานงาน/ส่งต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและอสม.	๑๕	๑๕
	๓.๕ การส่งต่อหน่วยงานอื่นและเครือข่าย	๑๐๑	๑๐๓
๔	การจัดบริการทางสังคม		
	๔.๑ การประเมินครอบครัว	๒๒๖	๒๓๔
	๔.๒ เตรียมครอบครัวเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพในครอบครัว	๖	๗
	๔.๓ ประเมินความเสี่ยง/เฝ้าระวังปัญหาทางสังคม	๑๕๑	๑๕๓
	๔.๔ การพิทักษ์สิทธิการรักษาพยาบาล	๓	๓
	๔.๕ การเยี่ยมบ้านร่วมทีมสหวิชาชีพ	๓	๓
	๔.๖ การเยี่ยมบ้าน	๒	๒
	๔.๗ การคุ้มครองพิทักษ์สิทธิตามกฎหมาย	๓๕	๓๖
	๔.๘ จัดการรายกรณี	๑๓๔	๑๓๔
	๔.๙ การติดต่อ/ติดตามญาติ	๖๕	๗๐
	๔.๑๐ การประเมินทางสังคมอื่นๆ	๙	๙
๕	งานร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามกฎหมายกำหนด		
	ประชุม Case Conference ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ.๒๕๔๖	๔	๔

ที่มา : กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์

◆ กลุ่มงานเภสัชกรรม

ข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน (Unit Profile) กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลลำพูน

๑. ขอบเขต/บริบท/กระบวนการหลัก

ขอบเขตบริการ

๑. การคัดเลือก จัดซื้อจัดหา ผลิต ควบคุม เก็บรักษา จัดจ่าย การกระจายเภสัชภัณฑ์ที่ถูกต้องตามหลักการและระเบียบที่กำหนดไว้
๒. จัดบริการทางเภสัชกรรม ส่งมอบยาโดยเภสัชกรตลอด ๒๔ ชั่วโมง
๓. การให้บริการทางเภสัชกรรมคลินิก การดูแลผู้ป่วยทางด้านเภสัชกรรม รวมถึงการติดตามให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย
๔. การให้บริการข้อมูลทางยาและการศึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์
๕. การติดตามประเมินการใช้ยา เพื่อให้มีการยาใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
๖. พัฒนาระบบบริการทางเภสัชกรรมและการบริหารเวชภัณฑ์ จังหวัดลำพูน

บริบท

กลุ่มงานเภสัชกรรม เป็นหนึ่งในกลุ่มงานทุติยภูมิ มีเภสัชกร ๓๓ คน เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม ๒๔ คน มีพนักงานห้องยา ๒๕ คน พนักงานธุรการ ๒ คน รวมทั้งหมด ๘๔ คน ด้วยบริบทแห่งยุคเทคโนโลยี การบริหารจัดการ การติดตามงานที่มีประสิทธิภาพ การจัดโครงสร้างของกลุ่มงานที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ ทีมบริหารกลุ่มงานเป็นคนรุ่นใหม่ องค์กรเอกชนให้ความร่วมมือ แม้ประชาชนที่มาใช้บริการจะเป็นกลุ่มสังคมสูงอายุ กลุ่มงานเภสัชกรรม พร้อมปรับตัว เรียนรู้ ต่อยอด รองรับการพัฒนา เพื่อร่วมเป็นหนึ่งในทีมงานคุณภาพ ขับเคลื่อนไปกับทีมงานด้วยความมุ่งมั่นและตั้งใจ โดยนำความรู้ในกระบวนการทางเภสัชกรรม ดูแลประชาชนที่มาใช้บริการอย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งนำมาสู่การมีสุขภาพดีที่มีความปลอดภัยจากการใช้ยา

กระบวนการหลัก

๑. จัดตั้งคณะกรรมการ PTC มีหน้าที่กำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
๒. จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลและมีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง
๓. การวางแผน คัดเลือก การซื้อจัดหา การสำรองและการเก็บรักษายาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพ พร้อมใช้
๔. การเตรียมยา ผลิตยา และเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่าย ในท้องตลาดโดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน
๕. การทบทวนคำสั่งการเตรียมยา การส่งมอบยามีความปลอดภัยถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิผล
๖. การให้บริการทางเภสัชกรรมติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสมป้องกันแก้ไข ปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยใช้ยามีความปลอดภัยและได้ผล

๒ ความเสี่ยง

ความเสี่ยงที่สำคัญ

: ความคลาดเคลื่อนทางยา

: การแพ้ยา

๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance indicator)

Service profile กลุ่มงานเภสัชกรรม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
งานบริหารเวชภัณฑ์				
๑. บัญชียาจำนวน(รายการ)	๗๕๐	๖๘๔	๗๐๐	๖๘๗
- ยา ED (รายการ)	๕๒๕	๕๔๖	๕๗๗	๕๖๔
- ยา NED (รายการ)	๑๗๕	๑๓๘	๑๒๓	๑๒๓
๒. สัดส่วนรายการยา ED : NED	<u>≥ ๘๐%</u>	๗๙.๘๒	๘๒.๔๓	๘๒.๑
๓. ร้อยละของในบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่รับเข้าคลังยา (ซื้อ+สนับสนุน)	<u>≥ ๗๐%</u>	๗๐.๗	๗๑.๔๘	๖๙.๑๗
๔. จำนวนเดือนการสำรองยา	<u>≤ ๒ เดือน</u>	๑.๕๑	๑.๓๗	๑.๘๒
๕. อัตรายาขาดคลัง	<u>≤ ๕%</u>	๘.๐๘	๖.๐๔	๖.๕๖
๖ อัตรายาไม่มีจ่ายให้ผู้ป่วย (ร้อยละ)	<u>≤ ๕%</u>	N/A	N/A	๒.๕๖
๗. มาตรฐานการกระจายยาและเวชภัณฑ์(ร้อยละ)	<u>> ๘๐</u>	๙๖	๙๔.๗๙	๙๕
๘. อัตรายาหมดอายุ เสื่อมสภาพ ต่อมูลค่าการจ่ายยารวมของ โรงพยาบาล	<u>≤ ๐.๑%</u>	๐.๐๖	๐.๐๙	๐.๐๙
งานเภสัชสนเทศ พัฒนาระบบยา และเภสัชกรรมคลินิก				
๑. จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (ครั้ง)	๐	๑ (ระดับ E)	๐	๐
๒. เกือบพลาดแพ้ยาซ้ำ(ครั้ง)	๐	๒๑	๒๙	๓๔
๓. Preventable ADR (ครั้ง)	๐	๘	๓	๘
๔. การเกิด Fatal Drug Interaction (ครั้ง)	๐	๐	๐	๐
๕. การปฏิบัติตามแนวทางการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง(ร้อยละ)	≥ ๘๐	๙๖.๔๖	๙๖.๑๘	๙๕.๘๓
๖. Medication error ยา HAD ตั้งแต่ระดับ E	๐	๒	๘	๑
๗. Adverse drug event ยา HAD ตั้งแต่ระดับ E	๐	๑๒	๖	๗
๘. Adverse drug event : Phlebitis ยา HAD ตั้งแต่ระดับ E	๐	๑๓	๖	๖
๙. ความครอบคลุมการดำเนินการ Medication reconcile	≥ ๘๐	๘๔.๐๙	๘๘.๕๕	๙๔.๔๗
๑๐. Prescribing error ที่ขบวนการประสานรายการยา (Medication reconciliation) ตั้งแต่ระดับ E	๐	๐	๑	๑
๑๑. ร้อยละความครอบคลุมการให้บริการเภสัชกรรมกลุ่มเป้าหมาย	≥ ๖๐	๗๘.๓๔	๗๖.๒๖	๘๖.๕๘
๑๒. ความครอบคลุมการให้บริการ Drug Counseling (กลุ่มโรค)	๗	๗	๗	๗

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑๓. ร้อยละความร่วมมือการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	≥๘๕	๙๔.๑๒	๙๑.๔๓	๙๕.๕๙
๑๔. จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ โรงพยาบาลจ่ายยาอย่างสมเหตุผล	๑๒	๑๒	๑๑	๑๐
๑๕. อัตราการสั่งจ่ายที่สอดคล้องตามเกณฑ์ (Concurrent DUE) (ร้อยละ)	≥๘๐	๘๓	๘๒.๘๘	๘๖.๑๖
๑๖. ระดับคะแนนประเมินตนเองของ โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	ระดับ ๓	๔	๔	๔
๑๗. อัตราการติดเชื้อดื้อยาชนิดในกระแสเลือด (ร้อยละ)	๒๔	๓๕.๓๒	๔๓.๗๒	๓๑.๘๒
๑๘. คะแนนมาตรฐานความปลอดภัยด้านยากระทรวงสาธารณสุข	≥๔.๕	๔.๒	๔.๓๖	๔.๓๖

งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก				
๑. อัตรา Prescribing errorผู้ป่วยนอก (ต่อ ๑,๐๐๐ ใบสั่ง)	≤๗	๑.๗๗	๑.๔๔	๑.๔๒
๒. จำนวน Prescribing errorผู้ป่วยนอก≥ระดับ F (ครั้ง)	๐	๐.๑๗	๐	๐
๓. อัตรา Transcribing error ผู้ป่วยนอกต่อ ๑๐๐๐ ใบสั่ง	๐	๐	๐	๐
๔. จำนวน Transcribing errorผู้ป่วยนอก≥ระดับ F (ครั้ง)	๐	๐	๐	๐
๕. อัตรา Pre-Dispensing error ผู้ป่วยนอก (ต่อ ๑,๐๐๐ ใบสั่ง)	≤๑๐	๑.๖๔	๑.๒	๒.๘๕
๖. อัตรา Dispensing error ผู้ป่วยนอก (ต่อ ๑,๐๐๐ ใบสั่ง)	≤๐.๑	๐.๐๔	๐.๐๔	๐.๐๘
๗. จำนวน Dispensing error ผู้ป่วยนอก≥ระดับ F (ครั้ง)	๐	๐	๐	๐
๘. อัตราAdministration errorผู้ป่วยนอก (ต่อ ๑,๐๐๐ครั้งนัดยา)	๐	๐	๐	๐
๙. จำนวนAdministration errorผู้ป่วยนอก≥ระดับF (ครั้ง)	๐	๐	๐	๐
๑๐. จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่รุนแรง (ตั้งแต่ระดับ F)	๐	๐	๐	๐
๑๑. ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยนอก (นาที)	๓๐	๒๐.๐๗	๒๔.๒	๔๐.๘๓
๑๒. ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก (ร้อยละ)	๘๐	๘๔.๖๓	๘๗.๘๗	๘๗.๖๖
๑๓. จำนวนข้อร้องเรียน	๐	๒	๔	๑๔

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน				
๑. Prescribing Error (อัตราต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน)	< ๕%	๕.๕๙	๕.๖๕	๕.๘๗
๒. Transcribing Error (อัตราต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน)	< ๓%	๓.๐๔	๓.๕๔	๕.๓๘
๓. Pre-dispensing Error (อัตราต่อ ๑,๐๐๐วันนอน)	< ๕%	๒.๒๒	๓.๖	๔.๘๗
๔. Dispensing Error (อัตราต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน)	<๑.๕	๑.๘๕	๒.๒๒	๓.๓๑
๕. Prescribing Error ตั้งแต่ระดับ E	๐	๐	๐	๐
๖. Dispensing Error ตั้งแต่ระดับ E	๐	๑	๐	๐
๗. ระยะเวลาของ stat drug	๓๐	๓๔.๔๕	๓๖.๓๔	๓๕.๖๖
๘. ร้อยละใบสั่งยาส่งไม่ทันรอบ	< ๑๐%	๑๖.๕๔	๑๔.๖	๑๔.๔๑
๙. ร้อยละการสำรองยาบนหออผู้ป่วยที่ถูกต้อง	> ๘๐%	๙๓.๗๑	๙๔.๓๘	๙๕.๘๗
๑๐. ร้อยละการสำรองยาเสพติดบนหออผู้ป่วยที่ถูกต้อง	๑๐๐%	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๑๑. การเปิดใช้ Emergency box ที่ไม่ตรงตามข้อกำหนด	<๑๐%	๗.๗	๑๒.๑๑	๑.๒๗
๑๒. มาตรฐานการใช้ Antibiotic	> ๘๐%	๘๓	๘๒.๘๘	๘๖.๑๖
๑๓. DDD รวมต่อ ๑๐๐ วัน (ATB ทั้งหมด)	ลดลง	๑๗๖	๑๖๘.๙๒	๑๕๘.๕
งานเภสัชกรรมการผลิต				
๑. อัตรายาผลิตไม่มีจ่ายให้ผู้ป่วย	ร้อยละ ๐.๕	๐	๐	๐
๒. อัตรา น้ำดื่มบริโภค ไม่มีจ่าย	ร้อยละ ๕	๐	๐	๐
๓. อัตรา compounding error	ร้อยละ ๐.๒๕	๐	๐	๐
๔. อัตราสถานที่ผลิตยาทั่วไปผ่านมาตรฐานด้านจุลินทรีย์	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๕. อัตราสถานที่ผลิตยาปราศจากเชื้อผ่านมาตรฐานด้านจุลินทรีย์	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๖. อัตราสถานที่ผลิตน้ำดื่มบริโภคผ่านมาตรฐานด้านจุลินทรีย์	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๗. อัตราผลิตภัณฑ์ยาผลิตทั่วไปผ่านมาตรฐานด้านจุลินทรีย์	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๘. อัตราผลิตภัณฑ์ยาปราศจากเชื้อผ่านมาตรฐานด้านจุลินทรีย์	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๙. อัตราผลิตภัณฑ์น้ำดื่มบริโภคผ่านมาตรฐานด้านจุลินทรีย์	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๑๐. อัตราจำนวนรายงานปัญหาคุณภาพยาผลิต	ร้อยละ ๐	๐	๐	๐
๑๑. ร้อยละความทันเวลาในการส่งมอบยาเคมีบำบัด	ร้อยละ ๙๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

ที่มา : กลุ่มงานเภสัชกรรม

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

๑. บริบท

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (purpose)

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูนให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตทางอายุรกรรมและผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ และผู้ให้บริการมีความสุข

ข. ขอบเขตการให้บริการ

เปิดให้บริการรับผู้ป่วยวิกฤต จำนวน ๑๒ เตียง ให้การดูแลผู้ป่วยอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป โดยให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดล้างไต ผู้ป่วยที่อวัยวะในร่างกายล้มเหลวหลายระบบ เป็นต้น จำนวนทั้งหมด ๘ เตียง และให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน ระบายเย็บพลาซมาที่ต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้งผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน ๔ เตียง

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

กลุ่มผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ลูกค้าภายนอก หอผู้ป่วยสามัญ ห้องปฏิบัติการ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	มีเตียงในการรองรับผู้ป่วยวิกฤตจากหอผู้ป่วยสามัญเพียงพอ มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว มีการประสานงานที่ดี สอดคล้อง เชื่อมโยงกัน ความถูกต้อง ครบถ้วน ในการบันทึกการส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเก็บสิ่งส่งตรวจอย่างมีคุณภาพ และการประสานงานที่ดี มีเตียงและเครื่องมือในการรองรับผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน เพียงพอ พร้อมรับ การส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษารวดเร็ว รับข้อมูลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วนก่อนการส่งต่อ มีการประสานงานที่ดี สอดคล้อง เชื่อมโยงกัน
ลูกค้าภายใน ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย	ได้รับการที่รวดเร็ว ปลอดภัย อาการดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การดูแลเอาใจใส่จากแพทย์และ พยาบาล มียาและอุปกรณ์เครื่องมือที่เพียงพอและทันสมัย ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วย เรื่องการรักษา การปฏิบัติตัวของญาติขณะที่ ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ด้วย การบริการที่ดี มีช่องทางการสอบถามอาการผู้ป่วยได้

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ดังนี้

๑. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ
๒. ผู้ป่วยและญาติ รับรู้ข้อมูล มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษา

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๑	การ Identify ผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	๑.ทบทวนแนวทาง Identify โดยใช้ ๓ จุดหยุดความเสี่ยง ตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ๒.ชี้แจงแนวปฏิบัติ นิเทศ กำกับ ตามแนวทางที่กำหนดทุกเวอร์	ไม่พบอุบัติการณ์ การ Identify ผิดพลาด
๒	การเก็บสิ่งส่งตรวจไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติ (Blood chemistry Hemolysis และ CBC Clot)	๑.ทบทวนแนวทางการเก็บสิ่งส่งตรวจ ตามข้อกำหนดของห้องปฏิบัติการ ๒.ชี้แจงแนวปฏิบัติ นิเทศ กำกับ ติดตาม การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดทุกเวอร์	ไม่พบอุบัติการณ์ Blood chemistry hemolysis และ CBC clot
๓	ผู้ป่วยดิ่งท่อช่วยหายใจ	๑.ทบทวนแนวปฏิบัติการประเมิน ผู้ป่วยโดยใช้ MAAS Score เพื่อประเมินความ เสี่ยงต่อการดิ่งท่อช่วยหายใจ ๒.หากผู้ป่วยมีคะแนน MAAS scoreมากกว่า ๖ คะแนน พิจารณารายงานแพทย์เพื่อให้ยาบรรเทา อาการปวดแก่ผู้ป่วย ๓.แจ้งญาติรับทราบถึงความจำเป็น ในการผูกยึดผู้ป่วย เพื่อป้องกันการ ดิ่งท่อช่วยหายใจ ๔.ประเมินความพร้อมผู้ป่วยในการหย่า เครื่องช่วยหายใจ ทุกวัน เวย์เข้า โดยใช้แบบ ประเมิน Weaning Score และรายงานแพทย์ เพื่อร่วมพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ	ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย ดิ่งท่อช่วยหายใจ

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร

๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ข้อมูลปริมาณงาน	ปี ๒๕๖๔ (ราย)	ปี ๒๕๖๕ (ราย)	ปี ๒๕๖๖ (ราย)	ปี ๒๕๖๗ (ราย)	ปี ๒๕๖๘ (ราย)
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	๑,๓๘๓	๑,๑๕๙	๑,๐๗๐	๙๒๗	๙๘๓
๕ อันดับแรกของโรค					
๑. Stroke	๒๖๔	๑๘๗	๒๖๒	๒๔๑	๒๖๔
๒. CHF ADHF	๑๔๔	๑๘๐	๑๒๖	๑๐๘	๑๓๗
๓. Sepsis/Septic shock	๑๔๙	๑๖๗	๑๐๓	๘๖	๑๒๔
๔. Pneumonia	๑๘๕	๑๕๙	๑๔๔	๑๔๖	๑๖๕
๕. ESRD	๘๐	๘๑	๕๗	๒๕	๔๐
๖. COPD	๙๙	๔๕	๘๗	๖๙	๖๔

๒. ด้านบุคลากร

จำนวนบุคลากร	ปี ๒๕๖๔ (คน)	ปี ๒๕๖๕ (คน)	ปี ๒๕๖๖ (คน)	ปี ๒๕๖๗ (คน)	ปี ๒๕๖๘ (คน)
พยาบาลวิชาชีพ	๒๒ (รวมหัวหน้า กลุ่มงาน)	๒๑ (รวมหัวหน้า กลุ่มงาน)	๒๑ (รวมหัวหน้า กลุ่มงาน)	๒๑ (รวมหัวหน้า กลุ่มงาน)	๒๑ (รวมหัวหน้า กลุ่มงาน)
ผู้ช่วยพยาบาล	-	-	-	-	๑
พนักงาน ผู้ช่วยเหลือคนไข้	๔	๓	๔	๔	๔

ข้อมูลพยาบาลเรียนจบเฉพาะทาง

หลักสูตร	ปี ๒๕๖๔ (คน)	ปี ๒๕๖๕ (คน)	ปี ๒๕๖๖ (คน)	ปี ๒๕๖๗ (คน)	ปี ๒๕๖๘ (คน)
ปริญญาโทสาขาการบริหารการพยาบาล	๑	๑	๑	๑	๑
ปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่	๑	๑	๑	๑	๑
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	๑๐	๑๑	๑๑	๑๑	๑๑
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ	๐	๑	๒	๒	๒
สาขาการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	๓	๔	๔	๔	๔

อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ

เวร	อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ				
	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
เวรตึก	๑:๒.๔	๑:๒.๔	๑:๒.๔	๑:๒.๔	๑:๒.๔
เวรเช้า	๑:๒	๑:๒	๑:๒	๑:๒	๑:๒
เวรบ่าย	๑:๒	๑:๒	๑:๒	๑:๒	๑:๒

หน่วยงานมีการจัดทำแผนในการพัฒนาบุคลากรประจำปี โดยพิจารณาจากความต้องการฝึกอบรม โดยประเมินจากปัญหาในการปฏิบัติงาน อุปสรรค การเรียน และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง มีทั้งแผนฝึกอบรม ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ภายในโรงพยาบาลมีการส่งเข้ารับการอบรมตามแผนการจัดอบรมของ HRD และกลุ่มการพยาบาล ในหน่วยงานมีการกำหนดการประชุมวิชาการทุกเดือน โดยมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบ ส่วน การอบรมภายนอกโรงพยาบาล วางแผนส่งอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ๔ เดือน ปีละ ๑ คน อบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๔ เดือน ปีละ ๑ คน อบรม การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ปีละ ๑ คน และมีการสนับสนุนให้มีการ อบรมและศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่

มีการจัดหาตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมาไว้ให้ศึกษาค้นคว้าในหน่วยงานและ สามารถใช้ Internet ในการศึกษาค้นคว้าความรู้ใหม่ ๆ นอกจากนี้ ยังส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ ทำวิจัย นวัตกรรม CQI RbR เพื่อพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น

๓. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ				
	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
Ventilator	๑๒	๑๒	๑๒	๑๒	๑๔
Defibrillator	๑	๑	๑	๒	๒
Central monitor	๑๓	๑๓	๑๓	๑๓	๑๓
EKG ๑๒ leads	๑	๑	๑	๑	๑
Internal pacemaker	๑	๑	๑	๑	๑
เครื่อง Ultrasound ขนาดพกพา (V scan)	๐	๐	๑	๑	๑
เครื่อง Gide scope	๐	๑	๑	๑	๑

เครื่องช่วยหายใจพร้อมใช้งานครบตามจำนวนเตียง และมีสำรองในหน่วยงาน จัดให้มีการสอนให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานในการใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ทุกปี มีการตรวจสอบเครื่องมือแพทย์โดยสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ทุก ๑ ปี จัดซื้อเครื่องมือแพทย์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ทดแทนที่ชำรุดตามแผนของโรงพยาบาลทุกปี

๒. กระบวนการสำคัญ (Key process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
๑. การประเมินผู้ป่วยแรกรับ - การประเมินผู้ป่วยแรกเข้ารับการรักษา	๑. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมินอาการทางคลินิกอย่าง ถูกต้อง รวดเร็ว ตั้งแต่แรกได้รับการรักษา ๒. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม มีการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ	๑. พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทันที ร้อยละ ๑๐๐ ๒. ให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วยและข้อมูลทั่วไปแก่ญาติทุกรายตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ๓. ลงนามยินยอมการรักษา/การทำหัตถการ/ การผูกมัด ถูกต้อง ทุกครั้งและทุกราย
๒. การวางแผนดูแลรักษา ๒.๑ ผู้ป่วยวิกฤต Sepsis/Septic Shock, STEMI, Stroke	- ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมินอาการ การช่วยเหลือ และแก้ไขภาวะวิกฤต ได้อย่างเหมาะสมรวดเร็ว ทันทีที่ ให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตหรือฉุกเฉิน - ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลตาม Care MAPs / CPG อย่างต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมิน/ การดูแลทันทีโดยพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ ๑๐๐ - ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม Care MAPs / CPG
๒.๒ ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับยา HAD	- ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลให้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา HAD	- ไม่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการให้ยา HAD
๒.๓ ผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	- ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	- อัตราการติดเชื้อ VAP - อัตราการถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
		- อัตราการดึงท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย
๒.๔ ผู้ป่วยวิกฤตที่ต้อง Closed Monitoring ๓. การวางแผนการจำหน่าย ๑. ผู้ป่วยที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ เช่น Acute MI, DM, COPD, HT, Stroke	- ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมจากพยาบาลวิชาชีพ และ ทีมสหสาขาวิชาชีพ - ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแล สุขภาพตนเองเบื้องต้นได้	- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ - จำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน ๒๘ วัน - ระบบส่งต่อ ผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องไปยังเครือข่ายที่ให้การช่วยเหลือ
๒. ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟู เช่น CVA, ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ๔. การดูแลทั่วไป ๑.การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย HIV ๒.การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งทุกราย ๕. การตอบสนองความต้องการของผู้ให้บริการ ๑. การดูแลสุขภาพบุคลากร ๒. การบาดเจ็บจากการทำงาน ๓. การพิจารณาความดีความชอบ	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง ครอบคลุมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ - ผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องได้รับการส่งต่อ ไปแต่ละหน่วยงานเพื่อประสานงานไปยังเครือข่าย - ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิในเรื่องการรักษาความลับในการดูแลรักษา - ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามมาตรฐาน - ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามแนวทาง - จัดให้เจ้าหน้าที่เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพแก่บุคลากรทุกปี/การรับวัคซีนป้องกันโรค - บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ - บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน - บุคลากรทุกคนได้รับการพิจารณาความดีความชอบ ๒ ครั้ง/ปี	- ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ออกจากตึกผู้ป่วยหลังจากย้ายไปรักษาต่อที่หน่วยงานอื่นจนถึงจำหน่าย - ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ - จำนวนผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการรักษา และไปรักษาต่อโรงพยาบาลอื่น - บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพร้อยละ ๑๐๐ - จำนวนบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน - จำนวนบุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน - บุคลากรทุกระดับได้รับการเลื่อนขั้นเงินเดือน ๒ ครั้ง/ปี

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
	- บุคลากรและญาติทุกคนได้รับสวัสดิการ การเจ็บป่วย และการดูแลเอาใจใส่เมื่อมี อาการเจ็บป่วย	- มีสวัสดิการให้กับเจ้าหน้าที่และ ญาติสายตรงในกรณี เจ็บป่วย/ คลอดบุตร/เสียชีวิต

๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดของหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ (๕ ปีย้อนหลัง)				
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
หมวดที่ ๑ คุณภาพการให้การดูแลทางคลินิก						
๑. อัตราตาย (รวม)	<๓๐%	๖.๘๔	๙.๕๖	๗.๗๖	๗.๔๐	๗.๔๐
๒. อัตราการเกิด VAP	<๓.๕	๑.๙๐	๒.๗๐	๒.๔๑	๒.๕๕	๔.๘๓
๓. อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	<๑.๕	๐.๐๐๐๙	๐.๐๙๘	๐.๖๙	๐.๓๔	๐.๓๔
๔. จำนวนผู้ป่วยที่เกิด Bed Sore ระดับ ๒	<๕	๒.๘๒	๑.๔๙	๐.๕๘	๐.๕๔	๐.๔๔
๕. จำนวนวันนอน (LOS)	<๕ วัน	๓.๑๐	๓.๕๗	๓.๖๐	๔.๐๖	๓.๘๖
๖. อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยาระดับ E-ขึ้นไป	๐	๑	๐	๐	๐	๐
๗. ความผิดพลาดในการให้เลือด	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๘. จำนวนอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย	๐	๐	๐	๐	๐	๐
หมวดที่ ๒ คุณภาพการบริการ						
๑. อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาล	>๘๐%	๘๖.๑๖	๘๘.๔๖	๙๑.๖๐	๙๑.๘๓	๘๙.๙๐
๒. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในหน่วยงาน	>๘๐%	๙๒.๓๐	๙๒.๐๖	๘๕	๙๔.๓๕	๙๔.๗๙
๓. จำนวนข้อร้องเรียน	๐ ราย	๐	๐	๐	๐	๐
๔. การพัฒนางานกิจกรรม ๕ส (ในหน่วยงาน)	๘๐%	๙๒	๙๐.๘	๙๒.๓๒	๙๓.๕๔	๙๒.๖๒
๕. เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลได้รับการพัฒนาวิชาการไม่น้อยกว่า ๖๐ ชั่วโมง/ปี	๘๐%	๑๙.๑	๑๔.๒๙	๓๘.๑๐	๓๓.๓๔	๘๕.๓๘
๖. Productivity	๙๐ %	๑๐๗.๔๙	๑๐๔.๐๙	๑๐๕.๙๕	๑๐๒.๙๙	๑๐๓.๔๐

ผลการดำเนินงาน	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. สถิติ					
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	๑๓๘๓	๑,๑๕๙	๑,๐๗๐	๙๓๒	๙๘๓
จำหน่ายกลับบ้าน	๓๘	๔๐	๑๑๒	๗๙	๑๐๗
ส่งต่อรักษา	๒๐	๘	๓	๗	๖
ถึงแก่กรรม	๙๔	๑๐๙	๘๒	๖๗	๗๑
คิดเป็นอัตราตายร้อยละ	๖.๘๔	๙.๕๖	๗.๗๖	๗.๐๘	๗.๔๐
ย้ายตึก	๑๐๒๖	๘๒๑	๗๐๘	๖๑๔	๖๐๙
ไม่สมัครอยู่	๖๑	๕๓	๓๗	๒๐	๑๓
วันนอนเฉลี่ย / เดือน	๓๕๔.๒๕	๓๓๔.๗๕	๓๑๕	๓๑๓.๘๓	๓๑๓.๒๕
เฉลี่ยนอน รพ.คนละ(วัน) / เดือน (LOS)	๓.๑๐	๓.๕๗	๓.๖	๔.๐๖	๓.๘๖
อัตราการไข้เตี้ย / เดือน	๙.๘๕	๘.๓๘	๗.๔๓	๖.๖๒	๖.๐๔
อัตราการครองเตียง / เดือน	๙๕.๒๕	๙๑.๘๓	๘๖.๓๘	๘๘.๒๔	๘๖.๖๑
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด	๑๐๕๘	๙๗๒	๗๔๖	๖๔๘	๖๗๖
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดเฉลี่ย / เดือน	๘๘.๑๖	๘๑	๖๒.๑๖	๕๔	๕๗
๒. สถิติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ					
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	๑๐๕๘	๙๗๒	๗๔๖	๖๔๘	๖๗๖
จำนวนผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม weaning	๗๖๗	๖๕๖	๕๕๒	๔๘๖	๔๙๙
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ	๖๙๔	๕๘๗	๔๗๘	๔๓๘	๔๕๓
อัตราการ weaning สำเร็จ	๙๐.๔๘	๘๙.๔๘	๘๗.๒๕	๙๐.๑๖	๙๐.๒๕
จำนวนผู้ป่วยที่ดึงท่อช่วยหายใจ	๑๖	๑๔	๑๖	๑๒	๔
จำนวนผู้ป่วยที่ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	๕	๖	๐	๐	๐
จำนวนผู้ป่วยที่ย้ายทั้งท่อช่วยหายใจขึ้นตึกสามัญ	๗๓	๗๔	๕๑	๓๐	๓๔
๓. สถิติการช่วยฟื้นคืนชีพ					
จำนวนครั้งที่ CPR	๑๔	๒๐	๑๗	๑๐	๑๔
หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและอาการดีขึ้นย้ายกลับ ward	๑	๐	๑	๑	๑
หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและเสียชีวิตในเวลาต่อมา	๒	๕	๗	๒	๓
หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและ Refer ต่อ	๐	๐	๐	๐	๐
หลังการ CPR แล้วไม่มีชีพจร	๑๑	๑๕	๙	๗	๑๐

ผลการดำเนินงาน ผลลัพธ์

อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเป้าหมาย คือ ๘๐ %

ปี ๒๕๖๔	๙๐.๔๘ %
ปี ๒๕๖๕	๘๙.๔๘ %
ปี ๒๕๖๖	๘๗.๒๕ %
ปี ๒๕๖๗	๙๐.๑๖ %
ปี ๒๕๖๘	๙๐.๒๕ %

สรุปงานสถิติ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๗ ถึง เดือน กันยายน ๒๕๖๘ มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาทั้งหมด ๙๘๓ ราย อัตราการตาย ๗.๔๐ อัตราการครองเตียง เท่ากับ ๘๖.๖๑ (ค่า > ๑๒๐ หมายถึงมีเตียงไม่เพียงพอ มีความแออัด ค่า ๘๐-๑๐๐ หมายถึงเหมาะสม ค่า < ๘๐ หมายถึงใช้เตียงไม่คุ้มค่า) ในปีงบประมาณที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาระบบการให้บริการในหอผู้ป่วยเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยส่งเสริมความรู้ ความสามารถของบุคลากร นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่พยาบาลเรียนเฉพาะทาง ทำให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้ดีขึ้น ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ มีผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด ๖๗๖ ราย และสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ คิดเป็นอัตราการ weaning สำเร็จ อยู่ที่ร้อยละ ๙๐.๒๕ มีการทำการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) จำนวน ๒๐ ราย ซึ่งในปีนี้มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมทรวงอก แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์โรคหัวใจ แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์โรคไต แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์ระบบทางเดินอาหาร ระบบต่อมไร้ท่อ และแพทย์โรคติดเชื้อมาให้การดูแลผู้ป่วย อีกทั้งปีงบประมาณ ๒๕๖๘ มีการรับผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมกระดูกที่มีอายุมากกว่า ๘๕ ปี เข้ารับการผ่าตัดที่ต้องสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ๒๔ ชั่วโมง จำนวน ๒๒ ราย ผู้ป่วยทุกรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังที่ได้รับการผ่าตัดและสามารถย้ายกลับตึกสามัญได้

การดำเนินการที่จะพัฒนาต่อไปคือ การเพิ่มอัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จให้มากขึ้นเป็น ๙๕% นำแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิด VAP มาใช้เพื่อลดอัตราการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจการนำแนวปฏิบัติการประเมิน RAAS score มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันผู้ป่วยดิ่งท่อช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

๕ อันดับแรกของโรคที่สำคัญปี ๒๕๖๘ มีดังนี้

๑. Stroke	๒๖๔	ราย
๒. Pneumonia	๑๖๕	ราย
๓. CHF/ADHF	๑๓๗	ราย
๔. Sepsis/Septic shock	๑๒๔	ราย
๕. COPD	๖๔	ราย

๕ อันดับโรคที่เสียชีวิตปี ๒๕๖๘

๑. Sepsis/Septic shock	๓๔	ราย
๒. Pneumonia	๑๗	ราย
๓. CHF/ADHF	๑๔	ราย
๔. UGHI	๓	ราย
๕. STEMI/NSTEMI	๕	ราย

ปัญหาและอุปสรรค

๑. การรับผู้ป่วยวิกฤตเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ เกินอัตรากำลังพยาบาลในบางครั้ง เนื่องจากต้องรับผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษารวดด่วน แต่ไม่สามารถย้ายผู้ป่วยอาการคงที่กลับตึกสามัญภายในเวลาที่กำหนดได้ จากสถานการณ์ตึกสามัญมีจำนวนผู้ป่วยมาก จึงทำให้การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ ใช้เวลานานเกิน ๖๐ นาที ต้องย้ายผู้ป่วยที่อาการคงที่เข้าไปรอที่ห้องแยกโรคระหว่างรอย้ายตึกสามัญ

๒. พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ ทุกคน ยังไม่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องอย่างเพียงพอ ซึ่งปัจจุบันไม่มีการปดเตียงกรณีที่ต้องรับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง จึงต้องมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแล ๒ ราย/พยาบาล ๑ ท่าน อาจทำให้ปริมาณงานเพิ่มขึ้น

๓. การลงทะเบียนรับผู้ป่วยไม่เป็น real time ซึ่งงานสถิติมีแยกหลายทะเบียน เช่น ทะเบียน CRRT , ORTHO , Readmit จำเป็นต้องตรวจเช็คยอดทุกเวอร์ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ลงทะเบียนไม่ครบ ไม่ลงทะเบียนย้ายผู้ป่วย ทำให้ตัวเลขไม่ตรงกัน ยากต่อการเช็คข้อมูล

แนวทางพัฒนา

๑. ทำตารางสรุปเรียง Priority ในแต่ละวัน เพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์เวรพิจารณาการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยได้เร็วขึ้น บริหารจัดการเตียงโดยรับผู้ป่วยลงเตียงที่ว่างหรือย้ายผู้ป่วยที่อาการคงที่แล้วไปอยู่เตียงในห้องแยกโรค ซึ่งต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เนื่องจากพยาบาลไม่สามารถอยู่ในห้องได้ตลอดเวลา และย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยให้เร็วที่สุด ภายในเวลาไม่เกิน ๓๐ นาที ถึง ๖๐ นาที

๒. พัฒนาความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง โดยการจัดอบรมในหน่วยงาน เชิญตัวแทนผู้จำหน่ายเครื่องบำบัดทดแทนทางไตมาให้ความรู้และทดลองปฏิบัติ และจัดการประชุม Re-skill ทุกปี อย่างต่อเนื่อง

๓. จัดทำทะเบียนผู้ป่วย Online โดยใช้ Google sheet เพื่อให้สามารถลงข้อมูลได้สะดวกครบ ถูกต้อง และตรงกันทุกเวอร์ สะดวกในการสรุปข้อมูลมากขึ้น ลดภาระในการตรวจสอบยอดผู้ป่วย

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๔.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

๔.๑.๑ หน่วยงานได้จัดระบบการดูแลให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรคตาม CPG, Care MAPs ของแต่ละกลุ่มโรค เช่น โรค STEMI, COPD, CHF, Sepsis, และ Stroke การบริการให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยด้วยการจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ที่พร้อมใช้สำหรับการเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการช่วยเหลือฉุกเฉิน รวมถึงการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานงานกันอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เช่น ระบบการรับผู้ป่วย ระบบการรายงานแพทย์ ระบบการส่ง X-ray / CT การส่ง Lab การให้เลือด ระบบยา โดยเฉพาะการให้ยา Stat drug ตลอดจนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและการบันทึกทางการพยาบาลอย่างละเอียด

๔.๑.๒ ระบบการบริหารยา

๔.๑.๒.๑ ร่วมกับเภสัชกรในการจัดทำป้ายแสดงตารางการปรับยา high alert drug

๔.๑.๒.๒ มีระบบการจัด Stock ยาและปรับจำนวนยาใน Stock ให้เพียงพอต่อการใช้งานในกรณีฉุกเฉิน

๔.๑.๒.๓ มีระบบการตรวจสอบยาที่ใช้กับผู้ป่วยทุกราย ทุกเวอร์ ทุกวัน

๔.๑.๒.๔ มีระบบการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงจากการให้ยา

๔.๑.๒.๕ มีระบบมอบหมายงานให้แก่เจ้าหน้าที่ในแต่ละเวรแต่ละวันรับผิดชอบเรื่องยาเป็น

เฉพาะราย

๔.๑.๒.๖ จัดระบบยาเป็น Daily dose และยาเฉพาะราย

๔.๑.๒.๗ มีระบบการจัดการยาใช้ก่อนและหลัง (First in – First out)

๔.๑.๒.๘ จัดทำ WI ในการใช้ยาและการเฝ้าระวังการใช้ยา HAD ร่วมกับคณะกรรมการความปลอดภัยของโรงพยาบาลทำ High Alert Drug Tip แทนใบ IV เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

๔.๑.๒.๙ ลดขั้นตอนการรับ Order แพทย์ของพยาบาล โดยให้เภสัชกรเป็นผู้รับ Order ผ่านระบบ FAX

๔.๑.๒.๑๐ ลดขั้นตอนการรับ Order ยาลง Medical Record sheet โดยใช้ระบบ Electronic MAR sheet

๔.๑.๒.๑๑ ลดขั้นตอนการเขียน Card ยา โดยใช้ sticker ยา จากห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน

๔.๑.๒.๑๒ มีการตรวจสอบ ควบคุม เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา โดยใช้ระบบ Double check

๔.๑.๒.๑๓ ยา High Alert Drug ทุกชนิดที่นำไปให้ผู้ป่วยใช้ HAD tip ติดข้างขวด พร้อมเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาและบันทึกด้วยปากกาสีแดง

๔.๑.๒.๑๔ ยา Enoxaparin ได้จัดทำใบ Medical Record Sheet ไว้เฉพาะ โดยกำหนดตำแหน่งที่ฉีดและแนวทางการฉีดไว้ และมีการเฝ้าระวังการเกิด Side Effect ของยาอย่างใกล้ชิด

๔.๑.๒.๑๕ ดำเนินการบริหารยาโดยระบบ UIMC อย่างต่อเนื่อง

สถิติความคลาดเคลื่อนทางยา งานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ ปี ๒๕๖๖-๒๕๖๘

Medication error	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
Admin error	๑	๑	๘
๑. Admin error แบ่งตามอุบัติการณ์			
ไม่ได้ให้ยา/ ให้ยาไม่ครบ	๐	๐	๕
ให้ยาผิดคน	๐	๐	๐
ให้ยาผิดชนิด	๑	๑	๐
ให้ยาผิดปริมาตร/ ผิดขนาด	๐	๐	๑
ให้ยาผิดเวลา/ ให้ยาล่าช้า	๐	๐	๒
ให้ยาผิดวิธีทาง	๐	๐	๐
ระยะเวลาในการให้ยาผิด (อาจสั้นไปหรือยาวไป)	๐	๐	๐
ผิดบันทึก	๐	๐	๐
๒. Admin error แบ่งตามระดับความรุนแรง			
- Grade C	๐	๑	๕
- Grade D	๑	๐	๓
- Grade E	๐	๐	๐
- Grade F	๐	๐	๐
๓. ให้ยาผู้ป่วยที่มี ADR /แพ้ยาซ้ำ	๐	๐	๐
๔. พบผู้ป่วยที่เกิดอาการแพ้ยา	๐	๐	๐
๕. ให้ยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน	๐	๐	๐
อื่น ๆ	๐	๐	๐

ผลการดำเนินงาน ความคลาดเคลื่อนทางยา หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
(ตั้งแต่ ต.ค. ๒๕๖๗ ถึง ก.ย. ๒๕๖๘)

จากการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๗ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๘ พบ Administration Error ๘ รายงาน ได้แก่

High volume ; ไม่ได้ให้ยาหรือให้ยาไม่ครบ Administration error ไม่ได้ให้ยาหรือให้ยาไม่ครบ ๖ รายงาน เป็น grade C ๕ รายงาน และ grade D ๑ รายงาน

High risk : Administration error เกรด D ได้รับยาผิดเวลา/ล่าช้า เป็น case ผู้ป่วยชาย Dx. ADHF แพทย์มีแผนการรักษาให้ยาปฏิชีวนะ Cef-๓ ๒ gm iv OD เวลาที่ต้องให้ยาคือ ๑๔.๐๐ น. เวลา ๑๖.๔๕ น. พบสติ๊กเกอร์ยาและมียาเหลือในตะกร้ายาผู้ป่วย สอบถามพบว่าไม่ได้ให้ยาตามเวลา จึงได้นำให้ยามาให้ผู้ป่วยทันที ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาล่าช้า

จากเหตุการณ์ได้มีการประชุมภายในหน่วยงาน ทบทวนกระบวนการบริหารยา และแนวปฏิบัติในการ ให้ยา เพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาและลดการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ โดยยึดหลักดังนี้

การให้ยาอย่างถูกต้องตามขั้นตอน โดยยึดหลักปฏิบัติถูกต้อง ๑๐ ประการ (๑๐Rs) ได้แก่

๑. ให้ยาถูกชนิด (right medication/ right drug)
๒. ให้ขนาดถูกต้อง (right dose)
๓. ให้ผู้ป่วยถูกคน (right patient)
๔. ให้ถูกทาง (right route)
๕. ให้ถูกเวลา (right time and frequency)
๖. บันทึกถูกต้อง (right documentation)
๗. ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาและทำการประเมินถูกต้อง (right history and assessment)
๘. การให้ความรู้และข้อมูลถูกต้อง (right education and information)
๙. สิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาและสิทธิในปฏิเสธยา (right approach and right to refuse)
๑๐. การตรวจสอบปฏิกิริยาระหว่างกันของยาและการประเมินถูกต้อง (right drug-drug interaction and evaluation)

แนวทางปฏิบัติในการให้ยาผู้ป่วย เพื่อลดการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยา

๑. ตรวจสอบป้ายชื่อมือผู้ป่วยตอนรवान์เวรเข้าทุกวัน โดยให้ตัวอักษรและบาร์โค้ดชัดเจน ถูกคน
๒. เมื่อแพทย์เขียนคำสั่งการรักษา พยาบาลอ่านคำสั่งการรักษาให้ชัดเจน กรณีไม่เข้าใจหรือระบุตัวเลขตัวอักษรไม่ชัดเจน ห้ามคาดเดา ให้ทวนซ้ำกับแพทย์
๓. เมื่อได้รับยาจากห้องยาให้นำยามาตรวจสอบกับคำสั่งการรักษาทุกครั้ง ทำเครื่องหมายตรวจสอบและเขียนชื่อกำกับบนซองยาและ sticker ยาฉีด
๔. มีการตรวจสอบความถูกต้องของยา (ชื่อยา ขนาด วิธีทาง เวลา) ในใบ MAR กับคำสั่งการรักษาทุกเวรโดยในขั้นตอนการตรวจสอบใบ MAR กับคำสั่งการรักษา เน้นย้ำให้พยาบาลมีความละเอียดรอบคอบมากขึ้น ขณะตรวจสอบ เพื่อให้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วนตามคำสั่งการรักษาของแพทย์
๕. ตรวจสอบความถูกต้องของ sticker ยากับใบ MAR ก่อนนำยาไปจัดเตรียม (โดยมีการระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาด เวลา และวิธีทางอย่างครบถ้วน)
๖. จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วย - ยาฉีด ใช้ Sticker ยาฉีดที่มีคิวอาร์โค้ดในการจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วย
- ยากิน ใช้ซองยาจาก Robot หรือซองยาที่มีคิวอาร์โค้ดในการจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วย
๗. ให้ยาผู้ป่วย โดยระบุตัวผู้ป่วยให้ตรงตามชื่อบน Sticker ยาฉีด และซองยากิน
๘. บริหารยาโดยใช้ UIMC scan barcode บนป้ายชื่อมือผู้ป่วยทุกครั้ง

๙. บันทึกเวลาให้ยา ลงลายมือชื่อให้ถูกต้องชัดเจน

๑๐. เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ควรตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการให้ยาและสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ

๑๑. มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของปฏิกิริยาต่อกันของยาเมื่อมีการให้ยาพร้อมกัน หรือปรึกษาเภสัชกร

๑๒. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบถึงชื่อยาที่จะให้ วิธีทางที่จะให้ยา ผลการรักษา และผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้น

๑๓. กรณีผู้ป่วยปฏิเสธรับยา ต้องอธิบายถึงผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้นของการได้รับยาและไม่ได้รับยา ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับถือเป็นสิทธิของผู้ป่วย และแจ้งให้แพทย์รับทราบ

จากการทบทวนครั้งนี้ได้เพิ่มเติมแนวปฏิบัติในการให้ยา คือ ให้พยาบาลเจ้าของเตียงตรวจสอบยาภายในเวรว่ามียาหลงเหลือ หรือไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วยหรือไม่ เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุการไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วย หรือให้ยาผิดเวลา

๔.๑.๓ ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

๔.๑.๓.๑ ทำการศึกษาวิจัยใน ปี ๒๕๔๘, ๒๕๕๐, ๒๕๕๑, และ ๒๕๖๒ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่าง และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๔.๑.๓.๒ เฝ้าระวังและควบคุมดูแลระบบงาน IC ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

๔.๑.๓.๓ รณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง และรณรงค์ให้ญาติล้างมือก่อนและหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วย จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ ในการล้างมือ ให้เพียงพอ ทุกวัน

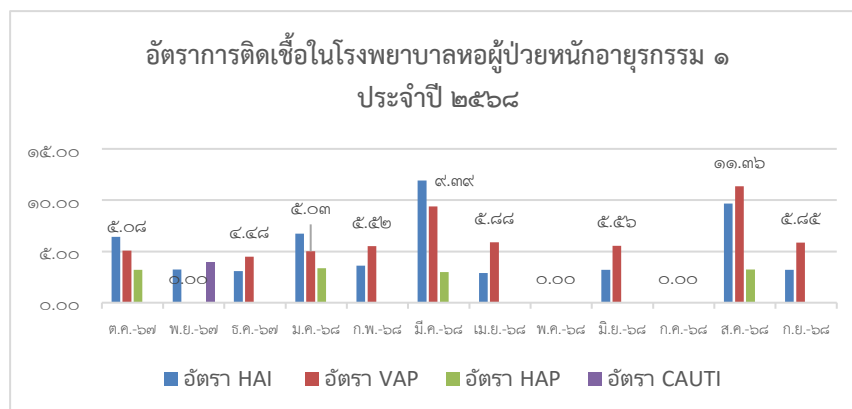
๔.๑.๓.๔ ควบคุมและกำกับดูแลเจ้าหน้าที่ ที่มาฝึกปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด ในระบบการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ

๔.๑.๓.๕ เพิ่มมาตรการควบคุมเฝ้าระวังในผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

๔.๑.๓.๖ ทำโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และนำมาปฏิบัติในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

ผลการเฝ้าระวังงานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน				
		ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
อัตราการเกิด HAI	<๑.๕		๔.๗๓	๓.๗๐	๑.๘๖	๔.๕๒
อัตราการเกิด VAP	<๓.๕	๑.๙๐	๒.๗๐	๒.๔๑	๒.๕๕	๔.๘๓
อัตราการเกิด CAUTI	<๑.๕	๐.๐๐๐๙	๐.๙๘	๐.๖๙	๐.๓๔	๐.๓๔



๔.๑.๔ ระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย

๑. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI สรุปรงานผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ โรงพยาบาลลำพูน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

การดำเนินงาน

๑. เก็บข้อมูลตามแบบฟอร์ม ผู้ป่วย CAD : STEMI, NSTEMI, Unstable angina, ผ่านทาง Line OA ACS ส่ง CM ศูนย์หัวใจได้ครบถ้วน
๒. ทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Fast Track STEMI ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑
๓. เมื่อมีผู้ป่วย CAD ที่จะส่งต่อ มีระบบการ consult ผ่านแอปพลิเคชัน e-cardio ทำให้การ consult สะดวก รวดเร็ว และเป็นแนวทางในการรักษาให้กับแพทย์
๔. ผู้ป่วย STEMI มีแนวโน้มเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ ลดลง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาเบื้องต้นมาจากโรงพยาบาลชุมชน จากระบบการ consult CCU ที่ทำได้รวดเร็ว สะดวกผ่านแอปพลิเคชัน e-cardio. และมีการส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้ทันที
๕. ผู้ป่วย STEMI ได้รับการวินิจฉัยและส่งต่อได้รวดเร็วตามระบบทำให้ admit เข้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ ลดลง
๖. มีแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหัวใจที่ช่วยดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
๗. มีเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ช่วยตรวจหัวใจได้เบื้องต้นข้างเตียงทำให้แพทย์ประเมินและรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

แนวทางการพัฒนา

๑. ส่งเสริมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานใช้งานระบบการ Consult ผ่านแอปพลิเคชัน e-cardio
๒. จัดทำสื่อการสอนให้ความรู้เรื่องการตรวจ CAG ให้ผู้ป่วยและญาติเพื่อประกอบการตัดสินใจ
๓. จัดประชุมวิชาการด้านโรคหัวใจและฝึกทักษะในการทำหัตถการเกี่ยวกับโรคหัวใจให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เช่น การช่วยแพทย์ทำหัตถการ Pericardiocentesis, การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนผ่านหลอดอาหาร (TEE), On Internal pacemaker, On External pacemaker, การใช้เครื่อง Defibrillator, การอ่านและแปลผล EKG เป็นต้น
๔. จัดประชุมวิชาการ ACLS เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยพร้อมฝึกปฏิบัติ เพื่อเพิ่มความรู้และความมั่นใจให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานในการปฏิบัติงาน

๒. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis

การดูแลผู้ป่วยโรค SEPSIS

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน				
	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑.จำนวนผู้ป่วย sepsis ทั้งหมด	๒๕๒	๔๙๕	๑๘๘	๒๓๒	๑๖๐
๒.จำนวนผู้ป่วย septic shock ทั้งหมด	๑๔๔	๑๘๔	๖๔	๘๕	๕๗
๓.ร้อยละผู้ป่วยsepsisทั้งหมดอาการดีขึ้นได้รับการย้ายตึกสามัญ	๘๒	๙๑	๘๒.๙๗	๑๐๐	๙๓.๗๕
๔.ร้อยละผู้ป่วย septic shock อาการดีขึ้นได้รับการย้ายตึกสามัญ	๘๒.๒	๕๖	๖๒.๕	๖๑.๑๘	๘๒.๔๕
๕.ร้อยละของการเข้า ICU ภายใน ๓ ชั่วโมง หลังการได้รับการวินิจฉัย Septic shock	๙๔	๙๔	๙๐.๖๒	๑๐๐.๐	๑๐๐

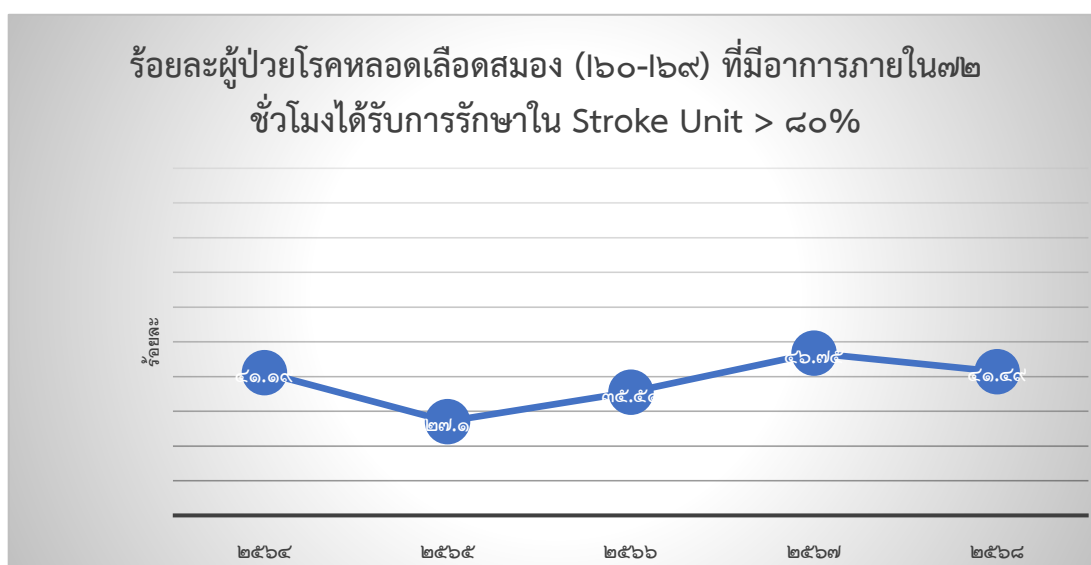
กระบวนการหลัก การประเมิน ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย Sepsis /Septic shock ที่เข้ารับการรักษ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ ไม่พบปัญหา หน่วยงานสามารถรับดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วย Sepsis ที่เข้ารับการรักษ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ (๒ ไตรมาส) มีอาการดีขึ้น และย้ายออกไปตึกสามัญ ร้อยละ ๙๓.๗๕ และในกลุ่มผู้ป่วย Septic shock ย้ายกลับตึกสามัญ ร้อยละ ๘๒.๔๕ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความหนักของอาการผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ

๓. ผลการดำเนินงาน Stroke unit

ผลการดำเนินงาน

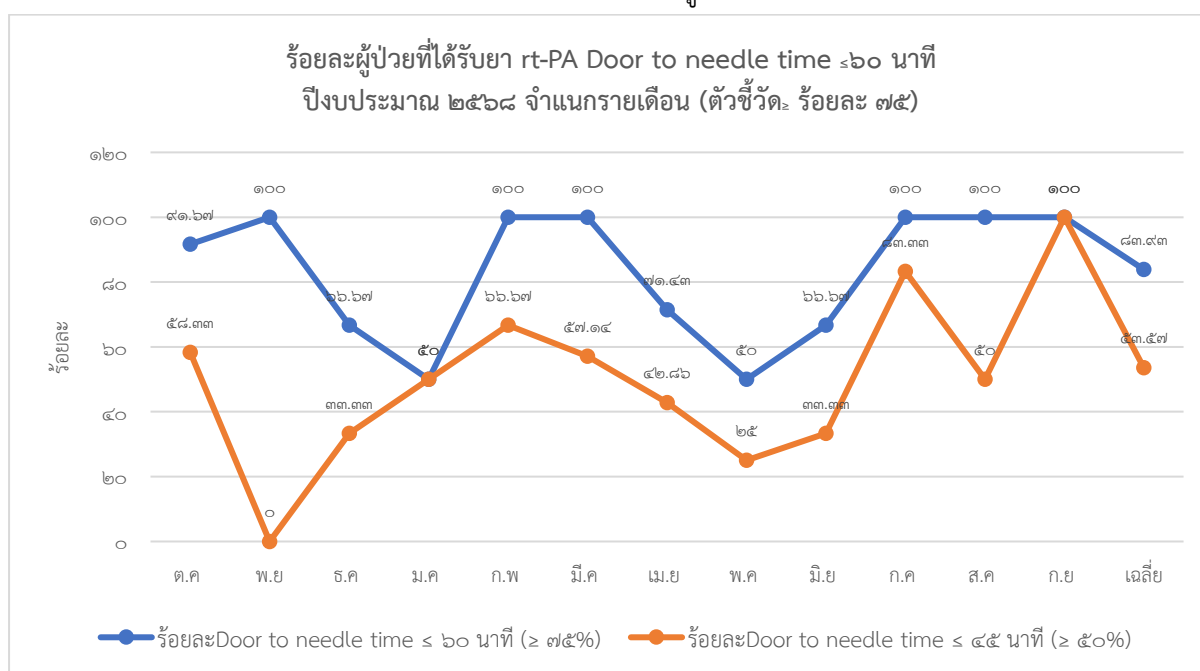
ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลลำพูน รวมทั้งหมด ๖๕๘ ราย และได้เข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๒๕๙ ราย จำแนกตามประเภทดังนี้

รายการ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
จำนวนผู้ป่วยรวมทั้งหมด (ราย)	๒๙๒	๒๐๐	๒๖๕	๒๕๒	๒๕๙
Ischemic stroke	๒๓๕	๑๖๙	๒๓๑	๒๑๒	๒๑๐
Hemorrhagic stroke	๕๕	๒๕	๓๒	๔๐	๓๔
TIA	๒	๕	๑	๐	๑๐
CVST					๒
ยอดผู้ป่วยจำหน่ายทั้งหมด	๒๕๘	๑๖๖	๒๒๕	๒๑๒	๒๒๑
ย้ายตึก	๒๐๔	๑๑๙	๑๒๐	๑๒๐	๑๑๕
ไม่สมัครอยู่กลับบ้าน	๑๐	๒	๖	๓	๐
ไม่สมัครอยู่รักษาต่อ	๐	๐	๑	๑	๓
Refer ไปรักษาต่อ (กรณีรักษาไม่ได้)	๔	๑	๑	๑	๒
Refer กลับรพช	๒	๔	๗	๗	๑๑
Refer ไปตามสิทธิ	๐	๐	๔	๐	๒
จำหน่ายกลับบ้าน	๓๔	๓๕	๘๔	๖๕	๘๒
จำหน่ายโดย Palliative	๐	๐	๐	๖	๕
ตาย	๗	๙	๒	๙	๑
Ischemic strokeตาย	๗	๙	๒	๘	๑
Hemorrhagic stroke ตาย	๐	๐	๐	๑	๐
อัตราตายรวม	๒.๔๐	๔.๕๐	๐.๗๕	๓.๕๗	๐.๓๙
อัตราตาย Ischemic stroke	๒.๙๘	๕.๓๓	๐.๘๗	๓.๗๗	๐.๔๘
อัตราตาย Hemorrhagic stroke	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๒.๕๐	๐.๐๐
จำนวนวันนอนทั้งหมด	๙๗๘	๘๓๘	๑๑๘๗	๑๐๙๑	๑๑๒๘
เฉลี่ยนอนโรงพยาบาลคนละ (วัน) LOS	๓.๓๘	๔.๑๙	๔.๔๘	๔.๒๘	๔.๓๖
อัตราการใช้เตียง	๖.๐๘	๔.๑๖	๕.๗๔	๕.๓๑	๕
อัตราการครองเตียง	๖๖.๓๑	๑๐๓.๔๗	๘๓.๑๗	๗๕.๗๙	๗๗



ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (160 – 169) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit ปีงบประมาณ 2562 เท่ากับร้อยละ 41.46 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด คือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ดังแสดงตามภาพ

หมายเหตุ ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (160 – 169) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit ที่ส่งตามสถิติตัวชี้วัด จะคิดรวมผู้ป่วยใน ICU ศัลยกรรม ด้วย

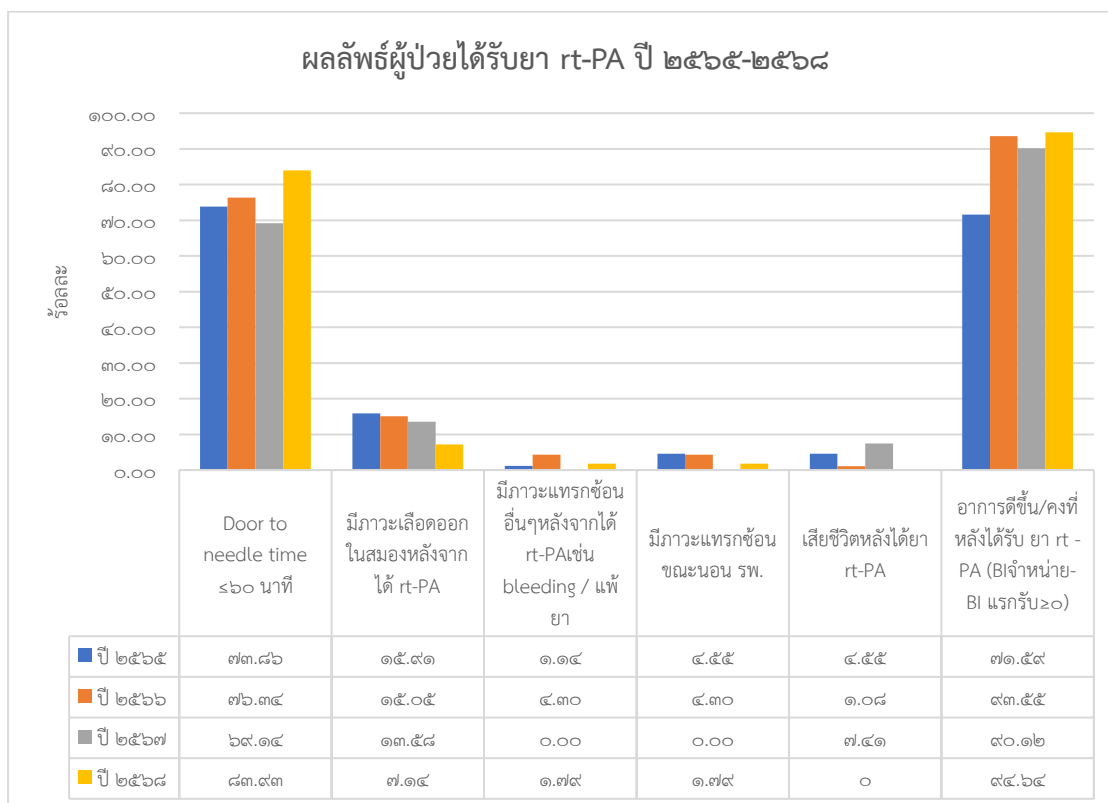


จำนวน ผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับยา rt-PA และได้รับการดูแลรักษาใน stroke unit ทั้งหมดรวม 56 ราย Door to needle time ≤ 60 นาที มีจำนวน 47 ราย เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 83.93 โดยแต่ละเดือน ส่วนมากผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคือ ร้อยละ 60 เนื่องจากมีการเก็บตัวชี้วัดเพิ่มเติมคือ Door to needle time ≤ 45 นาที (เกณฑ์ตัวชี้วัด ≥ ร้อยละ 50) เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ตามเกณฑ์การประเมินของ SSC โดยในแต่ละเดือนมีการพัฒนาเวลาได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยภาพรวมเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 53.57 ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ดังแสดงตามภาพ

สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ ตัน ระยะเฉียบพลันที่ได้รับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือด
ทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ที่ได้รับการรักษาใน stroke unit โรงพยาบาลลำพูน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
๑	จำนวนผู้ป่วยได้รับยา rt-PA	๕๖	๒๓
๒	Door to needle time $\leq$ ๖๐ นาที	๔๗	๘๓.๙๓
๓	Door to needle time $\leq$ ๔๕ นาที	๓๐	๕๓.๕๗
๔	มีภาวะเลือดออกในสมองหลังจากได้ rt-PA	๔	๗.๑๔
	๔.๑ มีภาวะเลือดออกในสมองจากยา rt-PA	๓	๕.๓๖
	๔.๒ มีภาวะเลือดออกในสมองจาก Lesion	๑	๑.๗๙
	๔.๓ อาการทรุดลงหลังมีภาวะเลือดออกในสมอง	๑	๑.๗๙
๕	มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆหลังจากได้ rt-PA เช่น bleeding / แพ้ยา	๑	๑.๗๙
๖	มีภาวะแทรกซ้อนขณะนอน รพ.	๓	๕.๓๖
	๖.๑ pneumonia	๓	๕.๓๖
	๖.๒ UIT	๐	๐.๐๐
๗	เสียชีวิตหลังได้ยา rt-PA	๐	๐.๐๐
๘	ไม่สมัครอยู่กลับบ้าน	๒	๓.๕๗
๙	ไม่สมัครอยู่ไปรักษาต่อ	๐	๐.๐๐
๑๐	Refer ไป รพ. ที่มีศักยภาพสูงกว่า	๐	๐.๐๐
๑๑	refer กลับ รพช / ตามสิทธิ์	๐	๐.๐๐
๑๒	จำหน่ายกลับบ้านโดยแพทย์ palliative	๑	๑.๗๙
๑๓	จำหน่ายกลับบ้านโดยแพทย์ อนุญาต	๔๔	๗๘.๕๗
๑๔	อาการดีขึ้น/คงที่หลังได้รับ ยา rt -PA (BIจำหน่าย-BI แรกรับ $\geq$ ๐)	๕๓	๙๔.๖๔

จากตารางสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ ตัน ระยะเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) โรงพยาบาลลำพูน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ สรุปได้ดังนี้ มีผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA และได้รับการรักษาใน stroke unit จำนวน ๕๖ ราย หลังได้รับยา rt-PA ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือคงที่ จำนวน ๕๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๖๔ (คิดคำนวณ จาก BI เมื่อจำหน่าย-BI แรกรับ $\geq$ ๐) มีภาวะเลือดออกในสมองหลังจากได้ rt-PA จำนวน ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๑๔ แบ่งได้เป็นมีภาวะเลือดออกในสมองจากยา rt-PA จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๓๖ และมีภาวะเลือดออกในสมองจาก Lesion จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๗๙ อาการทรุดลงหลังมีภาวะเลือดออกในสมองจำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๗๙ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน (pneumonia) ขณะนอน รพ. จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๓๖ มีผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA อาการไม่ดีขึ้นจำหน่ายกลับบ้านโดยแพทย์ palliative จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๗๙ และ ไม่สมัครอยู่กลับบ้าน จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓.๕๗



จากกราฟแสดงผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA พบว่าร้อยละของ Door to needle time ≤ ๖๐ นาที เพิ่มขึ้นในปี ๒๕๖๘ เพิ่มขึ้น มีภาวะเลือดออกในสมองลดลง ภาวะแทรกซ้อนลดลงไม่มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตหลังจากได้รับยา และร้อยละผู้ป่วยมีอาการคงที่/ดีขึ้นหลังจากได้รับยา เพิ่มมากขึ้น แสดงถึงกระบวนการให้การรักษายา rt-PA ได้เร็วขึ้น และคุณภาพการให้การพยาบาลมีการพัฒนาดีขึ้น ทำให้ผลลัพธ์ในกระบวนการต่างๆดีขึ้น

โอกาสในการพัฒนางาน

๑. ส่งเสริมให้เพิ่มเตียงใน stroke unit ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย stroke ในจังหวัดลำพูน และเพื่อสอดคล้องกับเกณฑ์ตัวชี้วัด คือ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐ – I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit มากกว่าร้อยละ ๘๐ ซึ่งต้องมีจำนวนเตียง ๘-๑๐ จึงจะเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยและผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัด โดยวางแผนขยายบริการ ๘ เตียง ในปี ๒๕๖๙ (เมื่อปรับปรุง ICU๔ แล้วเสร็จ)

๒. พัฒนา Door to Needle Time ให้ได้ตามเป้าหมายตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายา rt-PA ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันอย่างต่อเนื่อง และตามเกณฑ์ตัวชี้วัด SSCC ที่จะประเมินในครั้งต่อไป จะต้องเพิ่ม Door to Needle Time ≤ ๔๕ นาที (> ร้อยละ ๕๐)

๓. เข้าร่วมรับการประเมิน DSC และ Standard Stroke Center Certify : SSCC เพื่อพัฒนาให้เกิดคุณภาพศูนย์โรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ในครั้งต่อไป

๔. ส่งเสริมการทำวิจัยหรือนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๕. มีการจัดประชุมวิชาการโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

๔.๒ การพัฒนาคุณภาพ

๑. CoPs Pressure Sore เรื่องการลดอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย

สถิติ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑.จำนวนผู้ที่มี Barden < ๑๘ คะแนน	๑๑๔๙	๑๑๔๙	๑๐๓๗	๙๓๒	๖๗๙
๒.จำนวนที่เกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก ๑ ระดับ ๑	๐	๐	๐	๐	๐
๓.จำนวนที่เกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก ๑ ระดับ ๒	๑๒	๖	๖	๕	๓
๔.จำนวนที่เกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก ๑ ระดับ ๓-๔	๐	๐	๐	๐	๐
๕.จำนวนที่เกิดแผลลูกกลาม	๐	๐	๐	๐	๐
๖.จำนวนการหายของแผล/ไม่พบการลูกกลามของแผลกดทับ	๑๒	๖	๖	๕	๓
๗.จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก ๑ ต่อ ๑๐๐๐ วันนอน	๒.๘๒	๑.๕	๑.๗๓	๑.๓๓	๐.๗๙
๘.จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับต่อผู้ป่วยทั้งหมด	๐.๘๙	๐.๕๒	๐.๕๘	๐.๕๔	๐.๔๔

ตารางแสดงสถิติการเกิดแผลกดทับหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑

แนวทางการพัฒนา

๑. เน้นให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
๒. ใส่แบบฟอร์ม Braden score ในผู้ป่วยทุกราย โดยประเมินคะแนน Braden score ทุกเวรเช้า
๓. ดูแลเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ Braden score น้อยกว่า ๑๘
๔. ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง
๕. ดูแลจัดหาหมอนขนาดเล็กรองปุ่มกระดูก
๖. ดูแลทำความสะอาดหลังการขับถ่ายทุกครั้งและใช้วาสลีนทาผิวบริเวณก้นผู้ป่วยด้วยเสมอ
๗. เพิ่มป้ายเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ และส่งเวรให้เพิ่มความระมัดระวัง
๘. ประเมินภาวะทุพโภชนาการ รายงานแพทย์ปรึกษานักโภชนาการ เพื่อผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ
๙. ดูแลการลดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย น้อยกว่า ๓๗.๕ องศา และหัตถการให้ยา antibiotic ตามแผนการรักษา
๑๐. เน้นการปิด Tegaderm บริเวณปุ่มกระดูก บริเวณ ก้นกบและสะโพกทั้ง ๒ ข้าง

๒. CoPs Admin

ผลการดำเนินงาน ความคลาดเคลื่อนทางยาหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑

การวิเคราะห์ยา

๑. ผู้ป่วยได้รับยา Stat drug ภายใน ๓๐ นาที คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๖๖
๒. ผู้ป่วยได้รับยา ABO ภายใน ๑ ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
๓. มีการดึงข้อมูล Drug reconcile ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
๔. มีการจ่ายยาตรงตามวงรอบยาคิดเป็นร้อยละ ๙๘.๗๘

การพัฒนา

อัตราการบริหารยา Stat drug ภายใน ๓๐ นาที ปี ๒๕๖๗ อยู่ที่ร้อยละ ๘๕.๗๖ และปี ๒๕๖๘ อยู่ที่ร้อยละ ๘๔.๖๖ โดยมีอัตราการลดลงจากปี ๒๕๖๗ ร้อยละ ๑.๑ พบว่าปัญหาเกิดจากพนักงานบริการไปรับยาล่าช้าเนื่องจากต้องไปรับงานหลายจุด และเมื่อนำยามาส่งแล้วพยาบาลไม่ทราบเนื่องจากไม่ได้วางในจุดส่งยา Stat drug จึงได้มีการแก้ไขให้พนักงานช่วยเหลือคนไข้ไปรับยา แทน มีการสื่อสารเรื่องจุดส่งยา stat drug และจัดทำป้ายให้ชัดเจนเพื่อให้พนักงานบริการและเจ้าหน้าที่ภายในหอผู้ป่วยรับทราบ รวมทั้งภายในเวรตึกยังมีปัญหา FAX order ไปห้องยานอกติดยาก ต้อง FAX หลายครั้ง จึงได้มีการแก้ไขโดยประสานห้องยานอกและสำเนา order ไปให้ห้องยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเร็วขึ้น

ปีงบประมาณ	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
อัตราการบริหารยา (ร้อยละ)	๘๓.๓๐	๘๑.๕๘	๘๘.๑๒	๖๕.๖๘

การบริหารยาโดยใช้ระบบ UIMC

๓. CoPs Palliative care

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง จนเข้าสู่กระบวนการ Palliative care

สถิติ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
จำนวนผู้ป่วย Palliative care (ราย)	๔๕	๓๓	๔๒	๔๑	๖๒
แยกตามกลุ่มโรค					
๑. Advance Cancer (อื่นๆ)	๑๐	๖		๒	๒
๒. Advance Cancer (Head/neck cancer)				๑	
๓. Advance Cancer (Lung cancer)			๔		๕
๔. Advance Cancer (Uro)			๑		๑
๕. Advance Cancer (Hepatocellular cancer)			๑		๒
๖. Advance Cancer (Gyne)					๑
๗. Advance Cancer (Breast cancer)					
๘. Advance Cancer (Skin cancer)					
๙. Advance Cancer (GI cancer)					
๑๐. Cirrhosis					๑
๑๑. Dementia/frailty					
๑๒. Covid - ๑๙					
๑๓. Chronic obstructive pulmonary disease	๒	๖		๑	๓
๑๔. Congestive heart disease/coronary artery disease	๑๐	๕		๒	๔
๑๕. Neuro trauma /ICH			๔	๑	๑
๑๖. Neuro อื่นๆ			๒		
๑๗. Other progressive disease with life limiting illness	๑๔	๙	๒๐	๑๘	๒๘
๑๘. Stroke (infarct/hemorrhage)	๖	๕	๓	๑๖	๑๓
๑๙. End stage renal disease	๓	๒	๗		๑

จากตารางพบว่า กลุ่มโรคสำคัญในผู้ป่วย Palliative care ที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มผู้ป่วย Other progressive disease with life limiting illness และรองลงมาในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke (infarct/hemorrhage) ในการดูแลผู้ป่วย Palliative care มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง จนเข้าสู่กระบวนการ การดูแลระยะท้าย แบบประคับประคองตามความประสงค์ของญาติเพิ่มมากขึ้น จึงได้ร่วมกันวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่าง ทีมแพทย์และพยาบาล เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตามความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว

โอกาสพัฒนาและแผนการพัฒนา

๑. พัฒนาศักยภาพการให้ยาได้ฉิวหนั สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาบรรเทาอาการปวด หรือเหนื่อย และญาติต้องการนำผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อระยะสุดท้ายที่บ้าน

๒. การพัฒนาคุณภาพด้านวิชาการ : ได้แก่ การ conference case, การนำเสนอผลงานวิชาการต่างๆ และการทบทวนเคส รวมถึงการศึกษาแนวทางปฏิบัติเพื่อจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วย Palliative care

๓. พัฒนาศักยภาพการสื่อสาร ด้วยเทคนิค CLASS Protocol ซึ่งเป็นเทคนิคการสื่อสารอย่างเป็นขั้นตอน ในผู้ป่วย Palliative care รวมถึงการสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วย Palliative Care โดยการสื่อสารแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered communication) ดังนี้

๓.๑ รับฟังอย่างตั้งใจ (Deep Listening)

๓.๒ แสดงความเห็นอกเห็นใจและความเมตตา (Empathy and Compassion)

๓.๓ ใช้ภาษาที่สั้น ง่าย และชัดเจน (Clear and Simple Language)

๓.๔ ส่งเสริมให้เกิดการถามคำถาม (Encouraging Questions) และ

๓.๕ เคารพสิทธิการตัดสินใจของคนไข้ (Respecting Patient Autonomy)

๔. การปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคองในวันหยุด ในกรณีที่มีการวินิจฉัย Palliative care และครอบครัวและญาติมีความประสงค์ Advance care plan

๕. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

แผนพัฒนาคุณภาพงานบริการ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ ปี ๒๕๖๔

จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพการบริการ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ โดยแบ่งกลุ่มในการจัดทำโครงการพัฒนา งาน ตามหัวข้อดังนี้และมีการพัฒนางานคุณภาพการบริการตามโครงการ

ลำดับ	เรื่อง
๑	การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารพัสดุครุภัณฑ์ใน ICU Med ๑ ด้วยระบบ on line แบบบูรณาการ
๒	โครงการปฐมนิเทศน้องใหม่ ดูแลห้วงใยด้วยหัวใจ ICU : Smart ICU onboard
๓	โครงการใช้การพยาบาลลดการพ่นธนาการผู้ป่วย

ที่มา : หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๒ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

๑. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

ให้การดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ที่มีปัญหาซับซ้อน คุณภาพต่อชีวิต สามารถคาดการณ์ภาวะวิกฤต ให้การวางแผนการดูแลรักษาอย่างทันทั่วที่ตามมาตรฐานวิชาชีพพร้อมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต ปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

พัฒนาระบบการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลลำพูน ๔ S คือ Service บริการเต็มที่ Safety มีความปลอดภัย Staff บุคลากรแจ่มใส และ System ในระบบที่ดี

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

ให้บริการผู้ป่วยวิกฤตด้วยโรคทางด้านอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคติดเชื้อในร่างกาย โรคระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก และผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น โดยเปิดให้บริการจำนวน ๑๒ เตียง และห้องแรงดันลบ (Negative Pressure) จำนวน ๑ ห้อง จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ Covid - ๑๙ งานห้องผู้ป่วยหนัก ๒ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ได้มีการปรับปรุงห้องให้เป็นห้องแรงดันลบจำนวน ๑๒ เตียง และห้องแยกแรงดันลบ ๑ เตียง เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ Covid - ๑๙ ที่มีอาการรุนแรง และมีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมโรคปอดและเวชบำบัดวิกฤตโรคปอดให้การดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าว

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผิตชอบ
ผู้บริหาร	ให้การดูแลตามกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ไม่มีข้อร้องเรียนและการฟ้องร้อง
องค์กรพยาบาล	ให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพ
แพทย์	การดูแลที่รวดเร็ว ได้มาตรฐาน และทำงานเป็นทีม
ผู้ป่วยและญาติ	ได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน พ้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
ห้องฉุกเฉิน	ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักได้ภายในเวลาตามเกณฑ์ที่กำหนด
หอผู้ป่วยสามัญ	ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักได้เร็ว

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดพ้นจากภาวะวิกฤต ปลอดภัยจากโรคและภาวะแทรกซ้อน โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care)

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ

- ความท้าทาย**
๑. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจไม่เกิด VAP หลังเข้ารับการรักษา
 ๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
 ๓. การดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ในสถานการณ์ที่หน่วยงานไม่มีห้องแยกโรค
 ๔. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT)

ความเสี่ยงสำคัญ ๑. ผู้ป่วยเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (phlebitis) จากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug)

๒. ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจหรือท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (Unplan Extubation)

๓. เกิดภาวะโรคหลอดเลือดในสมองขณะนอนโรงพยาบาล (Stroke in hospital)

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๑	ผู้ป่วยเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง (phlebitis from high alert drug)	มีระบบการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงจากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงโดยจัดทำเป็นคู่มือ ประกอบด้วย -แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง -ป้ายเตือนแขนไว้ประจำเตียงกรณีผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง -แบบฟอร์มการเฝ้าระวังการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง	อัตราการเกิด phlebitis เท่ากับ ๐
๒	ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจหรือท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดก่อนแพทย์อนุญาต (Unplan Extubation)	ประเมินระดับความรู้สึกตัว ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว, การยึดตรึงท่อช่วยหายใจและสายเครื่องช่วยหายใจ, ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและปฏิบัติตาม Weaning protocol, ประเมิน MAAS score แรกรับและเวอร์ละ ๑ ครั้ง หรือมีอาการเปลี่ยนแปลง กรณีมีความเสี่ยง หรือ $MAAS \geq 4$ ให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ ป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	อัตราผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจหรือท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เท่ากับ ๐
๓	เกิดโรคหลอดเลือดสมองขณะนอนโรงพยาบาล (Stroke in hospital)	-เฝ้าระวังการเกิดในโรคที่เสี่ยงสำคัญที่พบบ่อย เช่นผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ AF ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (HT) -ส่งเสริมการอบรมเพิ่มความรู้ในโรคหลอดเลือดสมอง -เน้นย้ำการให้การพยาบาลเมื่อเกิดเหตุการณ์ ตามแนวทาง Stroke fast track	

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร

๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ลำดับ	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด ๘๗๓	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด ๕๔	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด ๑๐๖๘	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด ๙๙๒	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด ๙๕๕
๑	Covid -๑๙ ๑๓๘	Covid ๒๗๖	ADHF ๑๙๐	ADHF ๑๘๓	ADHF ๑๖๘
๒	Pneumonia ๑๑๙	Septic shock ๕๖	COPD ๑๒๗	Septic shock ๑๑๕	COPD ๑๑๐
๓	CHF ๑๐๘	ADHF ๔๓	Pneumonia ๑๒๐	Pneumonia ๙๘	Septic shock ๙๗
๔	Septic shock ๗๑	Pneumonia ๔๐	Septic shock ๑๒๐	COPD ๙๔	Pneumonia ๗๓
๕	ESRD ๕๒	ESRD ๒๓	ESRD ๖๓	ESRD ๖๒	ESRD ๗๑

๒. ด้านบุคลากร

จำนวนบุคลากร

จำนวนบุคลากร	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
พยาบาลวิชาชีพ	๒๐	๒๐	๑๙	๒๑	๒๑
พนักงานผู้ ช่วยเหลือคนคนไข้	๔	๔	๔	๔	๔

ข้อมูลพยาบาลเฉพาะทาง

หลักสูตร	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	๑๐	๑๐	๑๐	๑๑	๑๒
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ	๐	๒	๒	๒	๒
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่โรค ระบบหายใจ	๐	๐	๐	๑	๑

อัตรากำลัง

	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
เวรตึก	๑:๒.๔	๑:๒.๔	๑:๒.๔	๑:๒.๔	๑:๒.๔
เวรเช้า	๑:๒	๑:๒	๑:๒	๑:๒	๑:๒
เวรบ่าย	๑:๒	๑:๒	๑:๒	๑:๒	๑:๒

๓. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ				
	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
Ventilator	๑๒	๑๒	๑๒	๑๒	๑๓
Defibrillator	๑	๑	๑	๑	๑
Bedside monitor	๑๒	๑๒	๑๒	๑๒	๑๓
EKG ๑๒ leads	๑	๑	๑	๑	๑
Internal pacemaker	๑	๑	๑	๑	๑
V scan	๑	๑	๑	๑	๑
CRRT	๑	๑	๑	๑	๑

๒. กระบวนการสำคัญ (Key process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
๑. การประเมินผู้ป่วย ๑.๑ การประเมินแรกรับ	๑. ผู้ป่วยได้รับการประเมินทางคลินิกได้อย่างถูกต้องตั้งแต่แรกรับ ๒. ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม เพื่อการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล ๓. การ Quick round ผู้ป่วยก่อนการรับส่งเวร	๑. ปฏิบัติตามกระบวนการรับผู้ป่วยใหม่ทุกราย ๒. พยาบาลวิชาชีพเป็นประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทันที ร้อยละ ๑๐๐ ๓. ให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วยและข้อมูลทั่วไปแก่ญาติทุกรายเป็นระยะๆ ๔. ลงนามยินยอมการรักษาทุกครั้งและทุกราย
๒. การวางแผนดูแลรักษา ๒.๑ ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วย Septic Shock, Acute MI, Stroke, ผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ, covid-๑๙ เป็นต้น ๒.๒ ผู้ป่วยที่ได้รับยา HAD ๒.๓ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในภาวะวิกฤต ๒.๔ ผู้ป่วยที่ต้อง Closed Monitoring	๑. ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมทันเวลาที่ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตหรือฉุกเฉิน ๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม Care MAPs/ CPG / CNPG ๓. ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ๔. ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ๕. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ	๑. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลทันทีโดยพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ ๑๐๐ ๒. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม Care MAPs / CPG / CNPG ๓. อัตราการเกิดความเสี่ยงจากการให้ยา HAD เป็น ๐ ๔. อัตราการติดเชื้อ VAP ในหน่วยงานผู้ป่วยหนักน้อยกว่า ๓.๕ ต่อ ๑๐๐๐ การใช้เครื่องช่วยหายใจ (เริ่มปี ๒๕๖๗ จากเดิม < ๑๐) ๕. อัตราการดึงท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
๓. การวางแผนการจำหน่าย ๑. ผู้ป่วยที่มีโอกาสกลับเป็นโรคซ้ำ เช่น Acute MI , DM, COPD, HT, Stroke เป็นต้น ๒. ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟู เช่น CVA ผู้ป่วยโรคปอด	๑. ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ๓. ผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องได้รับการส่งต่อไปแต่ละหน่วยงานเพื่อประสานงานไปยังเครือข่าย	๖. อัตราการเกิดแผลกดทับตั้งแต่ระดับ ๒ ขึ้นไป < ๕ ๑. จำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน ๒๘ วัน ๒. มีระบบส่งต่อ ผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาต่อไปแต่ละหน่วยงานไปยังเครือข่าย ๓. ติดตามผู้ป่วยที่ออกจากตึกผู้ป่วยไปรักษาต่อที่หน่วยงานอื่นจนถึงจำหน่ายผู้ป่วย
๔. การดูแลทั่วไป ๑. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย HIV ๒. การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ป่วยที่มีความหวังน้อยทุกราย	๑. ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิในเรื่องการรักษาความลับการดูแลรักษา ๒. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ๓. ผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ป่วยความหวังน้อยได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามแนวทาง ๔. ญาติและผู้ป่วยได้รับการเข้าเยี่ยมผ่าน VDO call	๑. ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ ๒. จำนวนผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการรักษา และไปรักษาต่อโรงพยาบาลอื่น ๓. ร้อยละความพึงพอใจของญาติ
๕. การตอบสนองความต้องการของผู้ให้บริการ ๑. การดูแลสุขภาพบุคลากร ๒. การบาดเจ็บจากการทำงาน ๓. การพิจารณาความดีความชอบ	๑. มีโครงการตรวจสุขภาพบุคลากรทุกปี/การรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ ๒. บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ ๓. บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ๔. บุคลากรทุกคนได้รับการพิจารณาความดีความชอบ ๒ ครั้ง/ปี	๑. บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพร้อยละ ๑๐๐ ๒. บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลรักษา ๓. จำนวนบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ๔. จำนวนบุคลากรไม่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ๕. จำนวนบุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการ ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
	๕. บุคลากรและญาติทุกคนได้รับ สวัสดิการการเจ็บป่วย และการดูแล เอาใจใส่เมื่อมีอาการเจ็บป่วย	๖. มีสวัสดิการให้กับเจ้าหน้าที่และ ญาติสายตรงในกรณี เจ็บป่วย/ คลอดบุตร/เสียชีวิต ๗. บุคลากรทุกระดับได้รับการเลื่อน ขั้นเงินเดือนทุกปี

๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดของหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
หมวดที่ ๑ คุณภาพการให้การดูแลทางคลินิก						
๑. อัตราตาย(รวม)	<๓๐%	๙.๕๔	๑๕.๐๔	๑๐.๖๗	๑๐.๓๘	๑๐.๖๖
๒. อัตราการเกิด VAP	<๑๐ / <๓.๕	๙.๔๔	๑๔.๕๒	๒.๕๖	๑.๐	๐
๓. อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดิน ปัสสาวะ	<๕	๐.๖๙	๑.๐๖	๐.๒๗	๐	๐
๔. จำนวนผู้ป่วยที่เกิด Bed Sore ระดับ ๒	<๕	๐.๖๔	๐.๕๔	๐.๔๕	๑.๔๒	๐.๗๒
๕. จำนวนวันนอน (LOS)	<๕ วัน	๔.๙๗	๕.๓๓	๓.๙๒	๔.๓๐	๔.๓๖
๖. อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการ บริหารยา ระดับ E-ขึ้นไป	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๗. ความผิดพลาดในการให้เลือด	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๘. จำนวนอุบัติการณ์การเกิด การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย	๐	๐	๒	๐	๐	๐
หมวดที่ ๒ คุณภาพการบริการ						
๑. อัตราความสมบูรณ์ของบันทึก ทางการ พยาบาล	>๘๐%	๘๓.๗๖	๘๘.๐๗	๘๘.๖๐	๘๘.๙๑	๙๐.๑๑
๒. ความพึงพอใจของผู้รับบริการใน หน่วยงาน	>๘๐%	๙๑.๘๗	๙๓.๐๗	๙๓.๑๓	๙๔.๕๑	๙๐.๕๕
๓. จำนวนข้อร้องเรียน	๐ ราย	๐	๐	๐	๒	๐
๔. การพัฒนางานกิจกรรม ๕ ส. (ในหน่วยงาน)	๘๐%	๘๐.๕๓	๘๒.๖๒	๙๐.๘๓	๙๔.๒๕	๙๒.๕๘
๕. เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลได้รับ การฟื้นฟูวิชาการไม่น้อยกว่า ๖๐ ชั่วโมง/ปี	๘๐%	๓๐	๒๕	๑๕.๗๙	๓๕	๒๓.๔๔
๖. Productivity	๙๐ %	๘๑.๙๓	๘๑.๙๓	๙๖.๑๘	๙๖.๗๒	๙๐.๘๔

ผลการดำเนินงาน

สถิติงบประมาณประจำปี	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	๘๗๓	๖๓๕	๑๐๖๘	๙๙๒	๙๕๕
ไม่สมัครอยู่กลับบ้าน	๒๗	๕๒	๕๑	๓๓	๑๘
ส่งต่อรักษา	๑๕	๒๐	๑๔	๗	๔
ถึงแก่กรรม	๗๒	๑๐๐	๑๑๓	๑๐๕	๑๐๑
อัตราตายร้อยละ	๙.๕๓	๑๕.๐๓	๑๐.๖๙	๑๐.๓๘	๑๐.๖๖
ย้ายตึก	๖๒๐	๓๖๐	๗๕๗	๖๘๑	๖๕๗
จำหน่ายกลับบ้าน	๒๗	๕๒	๑๐	๔๓	๑๕
ไม่สมัครอยู่	๓๕	๑๔	๕๑	๓๓	๑๘
วันนอนเฉลี่ย / เดือน	๓๔๒.๗๕	๒๖๘.๒๕	๓๔๖.๖๖	๓๕๐.๙๒	๓๔๔.๑๗
เฉลี่ยนอนรพ. คนละ(วัน) / เดือน (LOS)	๔.๙๖๗๑๓๙๙	๕.๓๓	๓.๙๒	๔.๓๐	๔.๓๖
อัตราการใช้เตียง / เดือน	๖.๐๖๒๕	๔.๔๐	๗.๔๒	๖.๘๙	๖.๖๙
อัตราการครองเตียง / เดือน	๙๔.๐๑๘๐๗	๗๓.๖๗	๙๓.๑๙	๙๖.๖๘	๙๔.๘๒
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด	๖๙๔	๓๗๑	๙๙๙	๙๐๗	๘๖๗
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดเฉลี่ย / เดือน	๕๗.๘๓	๓๐.๙๑	๘๓.๒๕	๗๕.๕๘	๗๒.๒๕
การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ					
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	๖๙๔	๓๗๑	๙๙๙	๙๐๗	๘๖๗
จำนวนผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม weaning	๕๐๘	๒๘๖	๗๕๖	๖๙๒	๖๔๙
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ	๔๓๔	๒๔๓	๖๓๘	๕๘๖	๕๙๔
อัตราการ weaning สำเร็จ	๗๘.๓๕	๘๖.๙๐	๘๔.๔๒	๘๔.๘๖	๙๒.๐๒
จำนวนผู้ป่วยที่ดึงท่อช่วยหายใจ	๒๐	๑๒	๑๔	๑๔	๑๖
จำนวนผู้ป่วยที่ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	๐	๑	๑	๐	๐
จำนวนผู้ป่วยที่ย้ายทั้งท่อช่วยหายใจขึ้นตึกสามัญ	๕๗	๑๓	๙๔	๗๕	๔๕
การช่วยฟื้นคืนชีพ					
จำนวนครั้งที่ CPR	๑๖	๑๕	๒๔	๒๑	๒๐
หลังการ CPR แล้วมีชีพจร	๔	๐	๘	๓	๓
หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและเสียชีวิตในเวลาต่อมา	๙	๗	๐	๙	๑๑
หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและ Refer ต่อ	๐	๑	๐	๐	๐
หลังการ CPR แล้วไม่มีชีพจร	๓	๗	๑๖	๙	๖

สถิติรับย้ายผู้ป่วย Orthopedic (หลังผ่าตัดที่อายุมากกว่า ๘๕ ปี)

งบประมาณ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
จำนวนผู้ป่วย	-	-	๑๑	๑๙	๒๖

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๔.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

๔.๑.๑ หน่วยงานได้จัดระบบการดูแลให้การรักษายาบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรคตาม CPG , Care MAPs ของแต่ละกลุ่มโรค เช่น โรค STEMI, Stroke, Sepsis, ADHF, Pneumonia การบริการให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยด้วยการจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ที่พร้อมใช้สำหรับการเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการช่วยเหลือฉุกเฉิน รวมถึงการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานงานกันอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เช่น ระบบการรับผู้ป่วย ระบบการรายงานแพทย์ ระบบการส่ง X-ray / CT การส่ง Lab การให้เลือด ระบบยาโดยเฉพาะการให้ยา Stat drug ตลอดจนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและการบันทึกทางการพยาบาลอย่างละเอียด

๔.๑.๒ ระบบการบริหารยา

๑. มีระบบการจัด Stock ยาและปรับจำนวนยาใน Stock ให้เพียงพอต่อการใช้งานในกรณีฉุกเฉิน
๒. มีระบบการตรวจสอบยาที่ใช้กับผู้ป่วยทุกรายทุกเวร ทุกวัน
๓. มีระบบการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงจากการให้ยา
๔. มีการพิจารณาการใช้ยา antibiotic อย่างสมเหตุสมผล
๕. ลดขั้นตอนการรับ Order ยาลง Medical Record sheet โดยใช้ระบบ Electronic MAR sheet
๖. ลดขั้นตอนการเขียน Card ยา โดย Print sticker ยาจากระบบ PMK

๔.๑.๓ ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

๑. ป้องกันการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยใช้ VAP Bundle (WHAPOM)
๒. เฝ้าระวังและควบคุมดูแลระบบงาน IC ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
๓. รณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง
๔. ควบคุมและกำกับดูแลเจ้าหน้าที่ ที่มาฝึกปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด ในระบบงานติดเชื้อ
๕. เพิ่มมาตรการควบคุมเฝ้าระวังในผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โดยใช้นวัตกรรมฆ่าเชื้อพลาสติกในการแยกโซนเพื่อกันระหว่างเตียง

๔.๑.๔ ระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย

๑. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ STEMI
๒. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด Sepsis /septic shock
๓. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke
๔. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ADHF
๕. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบ Pneumonia
๖. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคอุบัติการณ์ใหม่ Covid -๑๙

๕. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

๑. กำหนดสมรรถนะหลักของบุคลากรทั้ง ๕ ด้าน สอดคล้องกับโรงพยาบาล
๒. จัดส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมวิชาการกับสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
๓. เชิญวิทยากรภายนอกหน่วยงานมาให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และ การใช้เครื่องบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง CRRT การใช้เครื่อง Auto CPR การใช้เครื่อง ABG
๔. จัดทำแผนวิชาการพัฒนาบุคลากรทุกปี จนถึงปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยตามหลักสูตรต่าง ๆ เช่น หลักสูตรผู้บริหาร หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวิกฤต หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคระบบหายใจ ดังกล่าวเบื้องต้น นอกจากนี้ยังมีแผนอบรมการดูแลและการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ และแผนอบรมศัลยกรรม

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑. CoPs Pressure Sore เรื่องการลดอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย
๒. CoPs IC เรื่องการควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยทุกระบบ
๓. CoPs Nurse Note เพื่อให้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกันและถูกต้อง
๔. CoPs Admin ดูแล ควบคุม กำกับและติดตามระบบยา ให้สอดคล้องกับแนวทางและนโยบาย
๕. CoPs Palliative care ดูแลผู้ป่วยและญาติกลุ่ม palliative และประสานงานกับทีม
๖. CoPs Intensive care management ดูแล ควบคุม กำกับและติดตาม การทำงานในกลุ่มงานผู้ป่วยหนัก
๗. CoPs IMC ดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่

ที่มา : งานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๒

◆ งานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๓ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

๑. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๓ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตด้วยโรคทางด้านอายุรกรรม ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคติดเชื้อในร่างกาย โรคระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก และผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น โดยเปิดให้บริการจำนวน ๑๖ เตียง และสามารถปรับเป็นห้องแรงดันลบ (Negative Pressure) ได้ทั้งหมด โดยแบ่งเป็น ๓ ห้อง มีแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม โรคทรวงอก โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจ โรคไต โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบประสาทและสมอง

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

ให้บริการผู้ป่วยวิกฤตด้วยโรคทางด้านอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคติดเชื้อในร่างกาย โรคระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก และผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น โดยเปิดให้บริการจำนวน ๑๖ เตียง และสามารถปรับเป็นห้องแรงดันลบ (Negative Pressure) ได้ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ Covid – ๑๙ งานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๓ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ได้มีการปรับเป็นห้อง

แรงดันลบจำนวน ๖ เตียง (ห้องแยกแรงดันลบ ๑ ห้อง) เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ Covid-๑๙ ที่มีอาการรุนแรง มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม โรคทรวงอก ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าว นอกจากนี้กลุ่มงานอายุรกรรมได้วางแผนสำหรับการเตรียมความพร้อมเพื่อรับผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ใช้หัตถ์ใหญ่ สายพันธุ์ A, B Covid-๑๙ วัคซีนโรคหัดและคางทูมกระจายเชื้อ หากห้องแยกหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ และ ๒ เต็ม

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผิตชอบ
ผู้บริหาร	ให้การดูแลตามกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ไม่มีข้อร้องเรียนและการฟ้องร้อง
องค์กรพยาบาล	ให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพ
แพทย์	การดูแลที่รวดเร็ว ได้มาตรฐาน และทำงานเป็นทีม - ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน - ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน - มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ประเมินปัญหาและตอบสนองได้อย่างเหมาะสม
ผู้ป่วยและญาติ	ได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน พันภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ๑. ต้องการหายหรือทุเลาจากการเจ็บป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ๒. ได้รับบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ ๓. ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำเนินโรคและแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแผนการรักษา กรณีมีทางเลือกหลายทาง ๔. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเป็นมิตร ยิ้มแย้ม พุดจาสุภาพ ๕. มีเครื่องมือ เครื่องใช้เพียงพอ มีประสิทธิภาพ ๖. สิ่งแวดล้อมสะอาด มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
ห้องฉุกเฉิน	ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักได้ภายในเวลาตามเกณฑ์ที่กำหนด (ภายใน ๑ ชั่วโมง)

หอผู้ป่วยสามัญ	ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักได้เร็ว และสามารถย้ายผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตไปหอผู้ป่วยสามัญได้เร็ว
เภสัชกร	๑. Fax Doctor order ที่ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน ๒. มีการประสานงานที่ดี ๓. ได้รับยาถูกต้องครบถ้วน
เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	๑. Specimen ที่ส่งตรวจมีคุณภาพ ๒. Specimen และใบส่งตรวจถูกต้อง ครบถ้วน ๓. มีการประสานงานที่ดี
X-ray	๑. ใบส่งตรวจที่ชัดเจน ถูกต้อง ๒. มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ถูกต้อง
เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน	๑. มีการทำงานเป็นทีม มีประสิทธิภาพ ร่วมแรงร่วมใจ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และมีความสุขในการทำงาน ๒. มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆจากผู้บริหาร ด้วยความยุติธรรม ๓. มีการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพ มีสัมพันธภาพที่ดี มีความเข้าใจกัน ๔. สถานที่ทำงานสะอาด ปลอดภัย
เครือข่าย	๑. ข้อมูลสำคัญที่เพียงพอ และครบถ้วน ๒. IT ที่สามารถเชื่อมต่อกันได้

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดพ้นจากภาวะวิกฤต ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care)

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ

ความท้าทาย

๑. ผู้ป่วยไม่เกิด VAP ขณะให้การดูแลรักษา
๒. ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
๓. ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
๔. ไม่เกิดอุบัติเหตุ การแพ้ยาซ้ำ การให้เลือดผิด การผ่าตัดผิดพลาด

ความเสี่ยงสำคัญ

๑. พบอัตราการเกิด VAP ขณะให้การดูแลรักษาไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ (ต่ำกว่า ๓.๕ ต่อ ๑๐๐๐ วันใช้เครื่องช่วยหายใจ)
๒. ผู้ป่วยเกิด phlebitis จากการได้รับยา high alert drug
๓. ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจหรือท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน
๔. ผู้ป่วยเกิด Pressure injury
๕. ผู้ป่วยได้รับการ Admit จาก ER เข้าจากการรอการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยสามัญ

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๑	พบอัตราการเกิด VAP ขณะให้การดูแลรักษาไม่ เป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้	ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการ พยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการ ป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	อัตราการเกิด VAP ต่อ ๑๐๐๐ วัน on ventilator น้อยกว่า ๓.๕
๒	ผู้ป่วยเกิด phlebitis จาก การได้รับยา high alert drug	มีการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงจากการให้ยา ที่มีความเสี่ยงสูง ตามแนวปฏิบัติ	อัตราการเกิด phlebitis เท่ากับ ๐
๓	ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ หรือท่อช่วยหายใจเลื่อน หลุดโดยไม่ได้วางแผน	ประเมินระดับความรู้สึกตัว ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว, การยึดตรึงท่อช่วยหายใจและสายเครื่องช่วย หายใจ, ประเมินความพร้อมในการหย่า เครื่องช่วยหายใจและปฏิบัติตาม Weaning protocol, ประเมิน MAAS score เวนละ ๑ ครั้ง หรือมีอาการเปลี่ยนแปลง กรณีมีความ เสี่ยง หรือ MAAS ≥ 4 ให้ปฏิบัติตามแนวทาง ปฏิบัติป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	อัตราผู้ป่วยดึงท่อช่วย หายใจหรือท่อช่วย หายใจเลื่อนหลุด เท่ากับ ๐
๔	ผู้ป่วยเกิด Pressure injury	ปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน Pressure injury มี การประเมิน Braden score และเฝ้าระวัง ติดตามการเกิดแผลทุกเวร	อัตราการเกิด Pressure injury เท่ากับ ๐
๕	ผู้ป่วยได้รับการ Admit จาก ER เข้าจากการรอกการ ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วย สามัญ	มีการพัฒนาการปฏิบัติโดยให้สามารถรับผู้ป่วย จาก ER ได้ภายใน ๑ ชั่วโมง ซึ่งกลุ่มภาระกิจ ด้านการพยาบาลมีแนวปฏิบัติการรับและย้าย ผู้ป่วยโดยกำหนดระยะเวลาเป็นตัวชี้วัด	ICU รับผู้ป่วยวิกฤตจาก ER ได้ภายใน ๑ ชั่วโมง

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ลำดับ โรค	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด ๒๓๕๗	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด ๑๓๓๓	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด ๑๓๓๔	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด ๑๒๙๑	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด ๑๒๓๔
๑	Pneumonia	ADHF ๑๖๕	Pneumonia ๒๔๑	Pneumonia ๑๗๗	Pneumonia ๑๙๙
๒	Septic shock	Pneumonia ๖๕	ADHF ๑๕๖	ADHF ๑๔๐	ADHF ๑๘๕
๓	ADHF	Sepsis	Sepsis	Sepsis	Sepsis ๒๕๖
๔	COPD	COPD ๕๘	COPD ๑๑๘	COPD ๑๐๒	COPD ๘๒
๕	ACS	ACS ๕๒	ACS ๔๐	ACS ๔๓	ACS ๔๑

๒. ด้านบุคลากร

จำนวนบุคลากร

จำนวนบุคลากร	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
พยาบาลวิชาชีพ	๑๙	๑๘	๑๗	๑๘	๑๗
ผู้ช่วยพยาบาล	๒	๓	๒	๓	๓
พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	๒	๒	๒	๒	๒

ข้อมูลพยาบาลเฉพาะทาง

หลักสูตร	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	๑	๒	๔	๔	๖

อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ

	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
เวรตึก	๑:๓.๒-๑:๔	๑:๓.๒-๑:๔	๑:๓.๒-๑:๔	๑:๓.๒-๑:๔	๑:๓.๒-๑:๔
เวรเช้า	๑:๓.๒	๑:๓.๒	๑:๓.๒	๑:๓.๒	๑:๓.๒
เวรบ่าย	๑:๓.๒	๑:๓.๒	๑:๓.๒	๑:๓.๒	๑:๓.๒-๑:๔

- ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ๑-๒ คน/เวร รวมบุคลากรทั้งหมด ๒๓ คน
- ได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีครบร้อยละ ๑๐๐
- ผลตรวจเลือดปกติ ๑๙ ราย
- ไขมันในเลือดสูง ๓ ราย พบแพทย์ ให้ควบคุมอาหารและนัดติดตาม ๓ เดือน
- ภาวะซีด(ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย) ๑ ราย
- รักษาภาวะไขมันสูง(เดิม) ๑ ราย
- รักษาภาวะความดันโลหิตสูง (เดิม) ๑ ราย

๓. เครื่องมือ เทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ				
	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
Ventilator	๑๖	๑๖	๑๖	๑๖	๑๖
Defibrillator	๑	๑	๑	๑	๑
Central monitor	๑๒	๑๖	๑๖	๑๖	๑๖
EKG ๑๒ leads	๑	๑	๑	๑	๑
V scan	๐	๐	๑	๑	๑

๒. กระบวนการสำคัญ (Key process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
๑. การประเมินผู้ป่วย ๑.๑ การประเมินแรกรับ	๑. ผู้ป่วยได้รับการประเมินทางคลินิกได้อย่างถูกต้องตั้งแต่แรกรับ ๒. ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม เพื่อการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล	๑. ปฏิบัติตามกระบวนการรับผู้ป่วยใหม่ทุกราย ๒. พยาบาลวิชาชีพเป็นประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทันที ร้อยละ ๑๐๐ ๓. ให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วยและข้อมูลทั่วไปแก่ญาติทุกรายเป็นระยะๆ ๔. ลงนามยินยอมการรักษาทุกครั้งและทุกราย
๒. การวางแผนดูแลรักษา ๒.๑ ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วย Septic Shock, Acute MI, Stroke, ผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ , covid-๑๙ เป็นต้น ๒.๒ ผู้ป่วยที่ได้รับยา HAD ๒.๓ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในภาวะวิกฤต ๒.๔ ผู้ป่วยที่ต้อง Closed Monitoring	๑. ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมทันทั่วทั้งที่ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตหรือฉุกเฉิน ๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม Care MAPs / CPG ๓. ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ๔. ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ๕. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ	๑. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลทันที โดยพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ ๑๐๐ ๒. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม Care MAPs / CPG ๓. อัตราการเกิดความเสี่ยงจากการให้ยา HAD ๔. อัตราการติดเชื้อ VAP ในหน่วยงานผู้ป่วยหนัก ๕. อัตราการดึงท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย ๖. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ ๒
๓. การวางแผนการจำหน่าย ๑. ผู้ป่วยที่มีโอกาสกลับเป็นโรคซ้ำ เช่น Acute MI , DM, COPD, HT, Stroke เป็นต้น ๒. ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟู เช่น CVA ผู้ป่วยโรคปอด	๑. ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ๓. ผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องได้รับการส่งต่อ ไปแต่ละหน่วยงานเพื่อประสานงานไปยังเครือข่าย	๑. จำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน ๒๘ วัน ๒. มีระบบส่งต่อ ผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาต่อไปแต่ละหน่วยงานไปยังเครือข่าย ๓. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ออกจากตึกผู้ป่วยหนักไปรักษาต่อที่หน่วยงานอื่นจนถึงจำหน่ายผู้ป่วย

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
๔. การดูแลทั่วไป ๑. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย HIV ๒. การดูแลแบบประคับประคอง ใน ผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ป่วยที่มีความหวัง น้อยทุกราย ๕. การตอบสนองความต้องการ ของผู้ให้บริการ ๑. การดูแลสุขภาพบุคลากร ๒. การบาดเจ็บจากการทำงาน ๓. การพิจารณาความดีความชอบ	๑. ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิใน เรื่องการรักษาความลับการดูแล รักษา ๒. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน ๓. ผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ป่วยความหวัง น้อยได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองตามแนวทาง ๔. ญาติและผู้ป่วยได้รับการเข้าเยี่ยม ผ่าน VDO call ๑. มีโครงการตรวจสุขภาพให้ บุคลากรทุกปี/การรับวัคซีนป้องกัน โรคไข้หวัดใหญ่และวัคซีนป้องกันโรค โควิด ๑๙ ๒. บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการ ป้องกันการติดเชื้อ ๓. บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการ ป้องกันการได้รับบาดเจ็บจากการ ทำงาน ๔. บุคลากรทุกคนได้รับการพิจารณา ความดีความชอบ ๒ ครั้ง/ปี ๕. บุคลากรและญาติทุกคนได้รับ สวัสดิการการเจ็บป่วย และการดูแล เอาใจใส่เมื่อมีอาการเจ็บป่วย	๑. ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรม บริการ ๒. จำนวนผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการ รักษา และไปรักษาต่อโรงพยาบาล อื่น ๓. ร้อยละความพึงพอใจของญาติ ๑. บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ ๑๐๐ ๒. บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแล รักษา ๓. จำนวนบุคลากรติดเชื้อจากการ ปฏิบัติงาน ๔. จำนวนบุคลากรไม่ได้รับบาดเจ็บ จากการทำงาน ๕. จำนวนบุคลากรปฏิบัติตามแนว ทางการ ได้รับบาดเจ็บจากการ ทำงาน ๖. มีสวัสดิการให้กับเจ้าหน้าที่และ ญาติสายตรงในกรณี เจ็บป่วย/ คลอดบุตร/เสียชีวิต ๗. บุคลากรทุกระดับได้รับการ เลื่อนขั้นเงินเดือนทุกปี

๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดของหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน				
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
หมวดที่ ๑ คุณภาพการให้การดูแลทางคลินิก						
๑. อัตราตาย(รวม)	<๓๐	๖.๘๙	๑๔.๖	๑๐.๑๗	๙.๔๙	๘.๘๘
๒. อัตราการเกิด VAP	<๓.๕	๔.๓๓	๗.๓๖	๕.๑๑	๖.๐๕	๐.๘๗

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน				
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๓. อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	<๑.๕	๑.๔	๒.๑	๒.๔๓	๐.๓๘	๐.๒
๔. อัตราผู้ป่วยที่เกิด Bed Sore ระดับ ๒	<๕	๑.๐๖	๑.๐๘	๑.๐๓	๑.๐	๐.๗๕
๕. จำนวนครั้งที่เกิด Phlebitis	๐	๕	๙	๑๑	๑๕	๘
๖. จำนวนผู้ป่วย Re-admit ด้วยโรคเดิมใน ๒๘ วัน	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๗. จำนวนวันนอน (LOS)	<๕ วัน	๓.๓๖	๔.๕	๔.๕๕	๔.๘๔	๔.๔๔
๘. อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา ระดับ E-ขึ้นไป	๐	๒	๓	๓	๐	๓
๙. ความผิดพลาดในการให้เลือด	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๑๐. จำนวนอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย	๐	๕	๐	๒	๒	๐
๑๑. จำนวนอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของบุคลากร	๐	๑	๐	๐	๐	๒
หมวดที่ ๒ คุณภาพการบริการ						
๑. อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์	>๘๐%	๘๕.๙๔	๘๗.๓๑	๙๐.๘๒	๙๒.๘๗	๘๗.๘๒
๒. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในหน่วยงาน	>๘๐%	๘๒.๙	๙๐.๒๗	๙๑.๑๗	๘๗.๙๔	๙๑.๐๗
๓. จำนวนข้อร้องเรียน	๐ ราย	๐	๐	๐	๓	๐
๔. การพัฒนางานกิจกรรม ๕ ส. (ในหน่วยงาน)	๘๐%	๙๐.๐๗	๘๐.๐๖	๘๘	๘๕.๔๒	๙๔.๘๓
๕. เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ได้รับการฟื้นฟูวิชาการไม่น้อยกว่า ๖๐ ชั่วโมง/ปี	๘๐%	๓๘.๓๓	๓๐,๘๗	๑๑.๑๑	๑๑.๑๑	๓๑.๒๕
๖. Productivity	๙๐ %	๑๐๙.๗๘	๑๑๔.๒๗	๘๙.๕๖	๘๗.๖๖	๗๙.๗๓

ผลการดำเนินงาน

สถิติงบประมาณประจำปี	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	๒๓๕๗	๑๓๓๓	๑๓๓๔	๑๒๙๑	๑๒๓๔
ส่งต่อรักษา	๑๖	๔	๘	๘	๘
ถึงแก่กรรม	๑๔๗	๑๖๘	๑๑๗	๑๐๕	๙๓
อัตราตายร้อยละ	๖.๘๙	๑๔.๖	๑๐.๑๗	๙.๔๙	๘.๘๘
ย้ายตึก	๕๖๕	๘๖๙	๙๔๘	๙๐๑	๘๑๒
จำหน่ายกลับบ้าน	๑๒๘๒	๓๕	๓๕	๖๘	๑๑๔
ไม่สมัครอยู่	๗๖	๖๗	๔๒	๒๐	๑๕
วันนอนเฉลี่ย / เดือน	๖๕๙.๓๓	๔๐๙.๘๓	๕๐๕.๔๒	๕๒๑.๐๘	๔๔๔.๙๒
เฉลี่ยนอน รพ. คนละ(วัน) / เดือน (LOS)	๓.๓๖	๔.๕	๔.๕๕	๔.๘๔	๔.๔๔

อัตราการใช้เตียง / เดือน	๗.๐๒	๖.๙๔	๖.๙๕	๖.๗๒	๖.๔๓
อัตราการครองเตียง / เดือน	๙๓.๙๕	๑๐๐.๘๖	๑๐๓.๘๕	๑๐๖.๗๘	๙๑.๔๕
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด	๕๑๖	๙๕๔	๗๐๐	๖๖๗	๕๙๓
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดเฉลี่ย / เดือน	๔๓	๗๙.๕	๕๘.๓๓	๕๕.๕๘	๔๙.๔๒
สถิติเหตุการณ์สำคัญ					
จำนวน On ETT	๑๐๔	๑๑๖	๑๑๗	๑๑๕	๑๑๗
Central Line					
Double lumen catheter	๑๑	๓๖	๒๘	๔๓	๒๖
ICD เจาะปอด	๒๐	๑๓	๒๘	๒๕	๓๓
เจาะท้อง	๒๕	๑๔	๑๕	๑๑	๘
เจาะหลัง	๒๕	๑๙	๑๖	๑๑	๘
การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ					
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	๕๑๖	๙๕๔	๗๐๐	๖๖๗	๕๙๓
จำนวนผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม weaning	๑๑๙	๔๑๕	๓๕๘	๓๔๒	๓๒๒
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ	๑๑๙	๔๑๕	๓๕๘	๓๔๒	๓๑๘
อัตราการ weaning สำเร็จ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๙๘.๗
จำนวนผู้ป่วยที่ดึงท่อช่วยหายใจ	๒๖	๕๒	๓๓	๓๒	๒๑
จำนวนผู้ป่วยที่ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	๓	๓	๐	๖	๕
จำนวนผู้ป่วยที่ย้ายห้องท่อช่วยหายใจขึ้นตึกสามัญ	๒๔	๗๗	๔๑	๒๗	๒๐
การช่วยฟื้นคืนชีพ					
จำนวนครั้งที่ CPR		๓๓	๙	๗	๑๖
หลังการ CPR แล้วมีชีพจร					๒
หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและเสียชีวิตในเวลาต่อมา		๒	๖	๔	๕
หลังการ CPR แล้วไม่มีชีพจร		๓๑	๓	๓	๙

MI

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑. อัตราเสียชีวิต STEMI	๑๐%	๐	๒๒.๒๒	๐	๕๐	๓๓.๓๓
๒. อัตราเสียชีวิต NSTEMI	๑๐%	๐	๑๒.๘๒	๒.๗	๒.๕	๕.๕๖
๓. อัตราการทำ Echo ภายใน ๗๒ hr.	เพิ่มขึ้น	๗๐.๙๗	๘.๓๓	๓๒.๔๓	๓๗.๒	๔๑.๔๖
๔. อัตราการส่งผู้ป่วยไปทำ Revascularization + Investigate	เพิ่มขึ้น	๒๒.๕๘	๖.๒๕	๑๘.๙๒	๑๖.๒๘	๙.๗๖

หมายเหตุ

ผู้ป่วย STEMI รวมทั้งหมดที่ admit ๓ ราย รือ Refer รพ.มหาราช ๑ ราย

ญาติ NR ปฏิเสธ CAG และ PCI ๒ ราย Dead ๑ ราย ย้ายตึก ๑ ราย

Stroke

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
อัตราเสียชีวิต Stroke	≤๕	๙.๖๗	๓๔	๑๙.๓๕	๑๙	๖.๖
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน	<๕	๑๑.๘๒	๑๒.๕	๒.๙	๒๕	๐
อัตราผู้ป่วยอาการดีขึ้นเมื่อจำหน่าย	๘๐	๗๕.๒๖	๘.๓	๐	๐	๑๐๐
อัตราผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้เมื่อจำหน่าย	๘๐	๕๕.๙๑	๘.๓	๐	๐	๗๕
อัตราผู้ป่วยอยู่ในระบบ HHC	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

Sepsis

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
อัตราเสียชีวิต Sepsis	<๒๔	๒๖.๙๔	๑๗.๕๔	๒๔	๔๑.๓๓	๕๙.๖๒
อัตราการเสียชีวิต Septic shock	<๓๐	๔๐.๐	๒๑.๒๑	๓๐	๙๒.๓๖	๘๑.๘๒
อัตราการได้รับ ABO ใน ๑ hr.	๑๐๐	๙๔.๐๖	๙๕.๖๒	๙๑.๑๑	๙๖.๙๒	๘๒.๕๔
อัตราการ Resuscitate shock สำเร็จใน ๖hr.	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
อัตราการทำ H/C ก่อนให้ ABO	๑๐๐	๘๐.๕๗	๙๑.๕๓	๘๔.๔๔	๙๔.๑๗	๙๐.๔๘
Septic shock เข้า ICU ภายใน ๓hr.	๑๐๐%	๕๖.๓๖%	๗.๙๗%	๖๙%	๕๕.๕๘%	๕๔.๕๕
ร้อยละการปฏิบัติตาม WI	๑๐๐					๑๐๐

Pneumonia

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑. อัตราการเสียชีวิต	< ๒๐		๓๐.๔๓	๙.๙	๒๗.๕๘	๓๗.๐๓
๒. อัตราการส่ง Sputum C/S	๑๐๐		๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๓. อัตราการปรับ ABO ตาม Sputum sensitivity	๑๐๐		๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๔. อัตราการเกิด VAP	<๑๐ ต่อ ๑๐๐๐ วัน on Ventilator		๘.๐๕	๑๓.๙๓	๑.๕๘	๐.๒๙
๕. อัตราการเกิด HAP	< ๒๐		๑๙.๕๖	๒๒.๗๗	๔.๔๘	๕.๒๘

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๔.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

๔.๑.๑ หน่วยงานได้จัดระบบการดูแลให้การรักษายาบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรคตาม CPG ,Care MAPs ของแต่ละกลุ่มโรค เช่น โรค Stroke, STEMI, Sepsis, Pneumonia, COPD, CHF การบริการให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยด้วยการจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ที่พร้อมใช้สำหรับการเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการช่วยเหลือทันทีเมื่อเกิดภาวะวิกฤต รวมถึงการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานงานกันอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เช่น ระบบการรับผู้ป่วย ระบบการรายงานแพทย์ ระบบการส่ง X-ray/CT การส่ง Lab การให้เลือด ระบบยาโดยเฉพาะการให้ยา Stat drug ตลอดจนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและการบันทึกทางการพยาบาลตามมาตรฐาน

๔.๑.๒ ระบบการบริหารยา

๑. มีระบบการจัด Stock ยา และ Kit Box ให้พร้อมต่อการใช้งานในกรณีฉุกเฉิน
๒. มีระบบการตรวจสอบยาที่ใช้กับผู้ป่วยทุกรายทุกเวร ทุกวัน
๓. มีการตรวจสอบประวัติการแพ้ยา เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
๔. มีระบบการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงจากการให้ยาโดยใช้ UIMC
๕. มีการพิจารณาการใช้ยา antibiotic อย่างสมเหตุสมผล

๔.๑.๓ ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

๑. มีการนำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำเป็นผลงานการวิจัยในหน่วยงาน
๒. เฝ้าระวังและควบคุมดูแลระบบงาน IC ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง จัดโซนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา
๓. รณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง
๔. มีการนำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด CAUTI เป็น CQI ของหน่วยงาน

๔.๑.๔ ระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย

๑. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Stroke
๒. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ STEMI
๓. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด Sepsis /septic shock
๔. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบ Pneumonia
๕. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว CHF

๕. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

๑. กำหนดสมรรถนะหลักของบุคลากรทั้ง ๕ ด้าน สอดคล้องกับโรงพยาบาล
๒. จัดส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมวิชาการกับสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
๓. เชิญวิทยากรภายนอกหน่วยงานมาให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้เครื่อง Auto CPR
๔. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรทุกปี จนถึงปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวิกฤต อบรมการดูแลและการใช้เครื่องมือ และแผนอบรมครูคลินิก

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑. CoPs Pressure Sore เรื่องการลดอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย
๒. CoPs IC เรื่องการควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยทุกระบบ
๓. CoPs Nurse Note เพื่อให้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และถูกต้อง
๔. CoPs Admin ดูแล ควบคุม กำกับ ระบบยา ให้สอดคล้องกับแนวทางและนโยบาย
๕. CoPs Palliative care ดูแลผู้ป่วยและญาติกลุ่ม palliative และประสานงานกับทีม
๖. CoPs Intensive care management ดูแล ควบคุม กำกับ ติดตาม การทำงานในกลุ่มงานผู้ป่วยหนัก
๗. ส่งเสริมกลไกจริยธรรมทางการพยาบาล

โครงการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานปีงบประมาณ ๒๕๖๔

๑. โครงการพัฒนาแนวปฏิบัติในการตรวจเยี่ยมทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๓
๒. โครงการผู้ป่วยอุ่นใจ ญาติไร้ความกังวล ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๓
๓. โครงการการป้องกันระบุตัวผู้ป่วยในเวชระเบียนผิดพลาด ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๓
๔. โครงการความลับไม่เปิดเผย ไม่ละเลยความเอื้ออาทร กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

งานวิจัยเรื่อง

ประสิทธิผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๓

ที่มา : งานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๓ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

◆ กลุ่มงานศัลยกรรมและศัลยกรรมอุบัติเหตุ

พันธกิจ/ความมุ่งหมายของ PCT

ให้การรักษายาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมหลอดเลือด ศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมใบหน้าและช่องปาก ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคมะเร็งทางศัลยกรรมที่ต้องรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การใช้กล้องส่องตรวจวินิจฉัยโรคศัลยกรรม รวมถึงการให้บริการผู้ป่วยในเขตรอยต่อจังหวัดเชียงใหม่ ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ได้มาตรฐาน โดยบุคลากรที่มีศักยภาพ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ขอบเขตบริการ

กลุ่มงานศัลยกรรมให้บริการโดยครอบคลุมการให้บริการตรวจรักษา วินิจฉัย การให้บริการผ่าตัดใหญ่ และผ่าตัดเล็ก ครอบคลุมหน่วยงานศัลยกรรมทั่วไป, ศัลยกรรมประสาท, ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ, ศัลยกรรมเด็ก และศัลยกรรมตกแต่ง

พื้นที่ให้บริการ

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ๔๓ เตียง , ศัลยกรรมหญิง ๔๓ เตียง, ICU ๓ ๑๘ เตียง, พิเศษรุ่มเย็น ๔ จำนวน ๑๒ เตียง, ห้องผ่าตัด จำนวน ๘ ห้อง, ศูนย์ส่องกล้อง ๓ ห้อง, One day chemo จำนวน ๘ เตียง

จำนวนผู้ให้บริการ

ประเภท	จำนวน
ศัลยแพทย์ทั่วไป	๙
ศัลยแพทย์เด็ก	๑
ศัลยแพทย์หลอดเลือด	๑
ศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ	๒
ศัลยแพทย์ตกแต่ง	๑
ศัลยแพทย์ระบบประสาท	๓
พยาบาลวิชาชีพ	๗๖
ผู้ช่วยพยาบาล	๑๑
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	๑๖
หมายเหตุ ศัลยแพทย์ทั่วไปตำแหน่งบริหาร	๑

๕. อันดับโรคที่พบบ่อยงานผู้ป่วยใน

ลำดับ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๑	MHI	MHI	MHI	MHI	MHI
๒	Appendicitis	Appendicitis	Appendicitis	Appendicitis	Appendicitis
๓	Inguinal Hernia	Inguinal Hernia	Pressure sore	CA	Inguinal Hernia
๔	Gallstone	PUP	PUP	PUP	Bowel Obstruction
๕	PUP	Wound infection	Cholecystitis	Cholecystitis	multiple trauma

๖. อันดับโรคที่พบบ่อยงานผู้ป่วยนอก

ลำดับ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๑	BPH	BPH	CKD	Breast mass	CKD
๒	Renal Calculi	Renal Calculi	BPH	CKD	Breast mass
๓	CA Breast	Breast mass	Hemorrhoid	Hemorrhoid	Renal Calculi
๔	CA Colon	CKD	Breast mass	Renal Calculi	Hemorrhoid
๕	Breast mass	CA Colon	Inguinal hernia	Inguinal hernia	Inguinal hernia

๗. อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการตาย

ลำดับ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๑	Severe Head injury	Severe Head injury	Severe Head injury	Severe Head injury	Multiple tr auma	Multiple trauma
๒	Necrotizing Fasciitis	UGIH	Multiple trauma	Hemorrhagic stroke	Hemorrhag ic stroke	Hemorrhagic stroke
๓	UGIH	Cancer	Hemorrhagic Stroke	UGIH	Severe He ad injury	Severe Head injury
๔	Cancer	PUP	UGIH	Pressure sore	UGIH	Necrotizing Fasciitis
๕	PUP	Necrotizing Fasciitis	Infected pressure sore	Necrotizing Fasciitis	Necrotizing Fasciitis	Bowel obstruction

สถิติการให้บริการ One Day Surgery								
ปีงบประมาณ	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
เป้าหมาย: ร้อยละ	๑๕	๒๐	๒๕	๒๐	๒๐	๒๐	๔๐	๔๐
โรคเป้าหมาย	๑๒	๒๔	๓๑	๔๒	๖๒	๖๒	๖๒	๖๒
โรคที่ดำเนินการ	๕	๑๑	๑๓	๑๗	๒๐	๒๗	๓๐	๓๑

ลำดับ	หัตถการ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑	Inguinal henia, Femoral hernia	๓๐	๔	๓๓	๓๔	๑๖
๒	Hydrocele	๐	๐	๖	๑	๓
๓	Hemorrhoid	๑	๐	๐	๒	๐
๔	Esophagogastric varices (Esophageal varices, Gastric varices)	๒๔	๑๗	๒๕	๒๒	๒๑
๕	Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	๑๒	๑๒๖	๔๔๖	๔๒๙	๓๔๖
๖	Fistula in ano	๑	๐	๑	๑	๐
๗	Pterygium Excision	๔๙	๑	๐	๕	๕๐
๘	Vesicle stone	๘	๒๐	๒๖	๑๔	๑๐
๙	Ureteric stone	๓๑	๑๐	๘	๑๒	๒๓
๑๐	Urethral stone	๐	๐	๐	๐	๒
๑๑	Foreign body of upper Gastrointestinal Tract	๐	๑	๐	๐	๐
๑๒	Orchidectomy	๑	๐	๐	๒	๐
๑๓	Tongue tie Release	๐	๑	๔	๘	๕
๑๔	Obstructive uropathy	๙	๑๘	๘	๖	๘
๑๕	Phimosis, Paraphimosis	๗	๑๔	๑๕	๑๙	๑๒
๑๖	Breast abscess	๑	๑	๐	๐	๐
๑๗	Tempanoplasty	๑	๐	๑	๗	๓
๑๘	Colonoscopy fit test positive	NA	๒๑๑	๗๐๙	๖๗๘	๔๖๐
๑๙	Tenckhoff catheter	NA	๑๕	๑๐	๑	๐
๒๐	Excision Bartholin's gland(cyst)	NA	๑	๐	๑	๐
๒๑	Chronic otitis media, Perforated tympanic membrane, atelectatic otitis media, adhesive otitis media	NA	NA	๑	๐	๐
๒๒	Anal fissure	NA	NA	๒	๐	๐
๒๓	Vascular access for hemodialysis	NA	NA	๓๓	๗๐	๖๓

ลำดับ	หัตถการ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๒๔	การผ่าตัดเปลือกตา (Eyelid surgery) (เพื่อการรักษาเท่านั้น)	NA	NA	๒๐	๑๑	๓
๒๕	การผ่าตัดแก้ไขหนังตาหย่อน (Rhytidectomy/Blepharoplasty) (เฉพาะกรณีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเพื่อการรักษา เท่านั้น)	NA	NA	๖	๑๔	๑๖
๒๖	Esophageal-Gastric Stricture	NA	NA	๑	๐	๐
๒๗	การส่องกล้องใส่สายให้อาหาร ทางหน้า ท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: PEG)	NA	NA	๑	๒	๐
๒๘	Wide excision breast mass	NA	NA	๑๓๕๖	๑๓	๒๘
๒๙	(Sentinel lymph node biopsy : SLNB)	NA	NA	NA	๓	๑
๓๐	Laryngotracheal stenosis,tumor/cyst at larynx base of tongue	NA	NA	NA	๑	๐
๓๑	varicocele	NA	NA	NA	๑	๑
	รวม	๑๗๕	๔๔๐	๒๗๑๒	๑๓๕๖	๑๐๗๑

สถิติผู้รับบริการ

หน่วยงาน	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ศัลยกรรมชาย	๔,๐๒๐	๔,๕๐๓	๔,๓๖๑	๕,๒๘๓	๕,๐๐๗
ศัลยกรรมหญิง	๔,๓๐๔	๔,๔๖๘	๔,๕๙๓	๔,๓๒๑	๔,๕๒๓
ICU ศัลยกรรม	๑,๐๕๘	๑,๑๕๗	๑,๓๑๙	๑,๓๙๐	๑,๔๒๓

อัตราครองเตียง

หน่วยงาน	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ศัลยกรรมชาย	๑๒๐.๓๕	๑๓๖.๓๘	๑๐๑.๓๙	๑๐๐.๐๗	๙๗.๔๔
ศัลยกรรมหญิง	๗๗.๒๗	๙๑.๕๘	๘๗.๗๓	๗๙.๕๔	๘๔.๕๒
ICU surg	๙๙.๙๙	๘๑.๐๑	๙๔.๗๕	๙๕.๖๙	๙๒.๔๕

สถิติการให้บริการผู้ป่วยใน (กลุ่มงานศัลยกรรม)

สาขา	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ศัลยกรรมทั่วไป	๕,๖๓๕	๔,๙๘๒	๓๑๔๕	๔,๙๕๑	๗,๕๖๐
มะเร็งและเคมีบำบัด	๑,๓๗๑	๑,๑๗๑	๙๙๖	๑,๒๓๗	๑,๓๓๘
ศัลยกรรมระบบ ประสาท	๗๙๕	๑,๐๗๑	๕๓๑	๔๓๗	๕๓๖
ศัลยกรรมระบบ ทางเดินปัสสาวะ	๑๙๐	๒๕๐	๑๘๓	๕๗๗	๑,๒๐๗
ศัลยกรรมหลอดเลือด	๑๒๐	๑๒๕	๑๓๒	๓๓๑	๓๗๒
ศัลยกรรมตกแต่ง	๑๒๒	๙๖	๔๒	๗๒	๑๐๕
ศัลยกรรมเด็ก	NA	๒๘๖	๓๒๐	๑๙๕	๔๗

สถิติการให้บริการห้องผ่าตัด

ปริมาณงานด้านการ ผ่าตัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ศัลยกรรมทั่วไป	๒,๑๖๙	๓๘๙๙	๔๑๒๕	๔๘๙๙	๕๘๔๔
ศัลยกรรมระบบ ทางเดินปัสสาวะ	๙๐๐	๑๐๐๙	๙๙๙	๑๐๐๑	๑๐๙๙
ศัลยกรรมระบบ ประสาท	๓๓๕	๒๙๗	๒๘๘	๓๐๑	๒๙๙
ศัลยกรรมตกแต่ง	๓๐๒	๓๖๑	๓๓๕	๓๔๔	๓๐๑
ศัลยกรรมหลอดเลือด	๘๒๕	๒๐๐	๓๐๔	๓๓๕	๓๖๑

ข้อจำกัด

- ความเชี่ยวชาญของแพทย์และพยาบาลเฉพาะทาง ยังไม่ครบทุกกลุ่มโรค
- ความแออัดของผู้รับบริการ
- ไม่มีศัลยแพทย์ระบบประสาทอยู่เวรทุกวัน ทำให้ต้องส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่อยู่นอกระบบของ
กระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ หรือโรงพยาบาลที่ไกลจากหน่วยบริการ
- CVT ที่ซับซ้อนยังไม่สามารถให้การรักษาได้
- Vascular injury มีข้อจำกัดเรื่องการผ่าตัดนอกเวลาเรื่องห้องและทีม

ผู้รับบริการและความต้องการ

ผู้รับบริการ	ความต้องการ	ข้อจำกัดของกลุ่มงาน/ โรงพยาบาล
ผู้ป่วย,ครอบครัว/ ญาติ	- ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ปลอดภัย (รักษาหาย) - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน - ได้รับความสะดวก รวดเร็วในการเข้ารับบริการ - ได้รับข้อมูลครบถ้วน ต่อเนื่อง การเคาท์ดาวน์และ - การมี - ส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา	จำนวนผู้รับบริการมีมากเกิด ความแออัดด้านสถานที่
บุคลากรใน โรงพยาบาล	- การประสานงานที่ถูกต้อง รวดเร็ว - ให้เกียรติ เคารพสิทธิ์ รับฟังความคิดเห็น - มีส่วนร่วม	ความเพียงพอของพยาบาล เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
องค์กร	- บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร - เชื่อมโยงยุทธศาสตร์ แปลงเป็นนโยบาย นำสู่การปฏิบัติ	มีข้อจำกัดในการให้บริการ ผู้ป่วย Trauma
เครือข่ายเขต บริการสุขภาพที่ ๑	- การมีส่วนร่วม, เชื่อมโยงข้อมูล	ผู้ปฏิบัติงานมีงานที่ทำ หลากหลายด้าน,ขาดความ เข้าใจระบบงาน

๖ โรคสำคัญ จุดเน้น PCT

- Multiple Trauma
- Traumatic brain injury
- UGIH
- Renal calculi
- Appendicitis

จุดเน้นของการพัฒนา

- การคัดกรอง
- การเข้าถึงบริการ
- การประสานเชื่อมโยงเครือข่าย
- Tele-Medicine

กลุ่มผู้ป่วยสำคัญของ PCT

โรค	High risk	High cost/ Long LOS	High volume	New evidence/ technology	Complex care	รวม
UGIH	๕	๕	๔	๓	๕	๒๒
HI	๕	๕	๕	๒	๔	๒๑
Multiple trauma	๕	๕	๓	๒	๕	๒๐
Appendicitis	๔	๒	๕	๑	๑	๑๓
Renal calculi	๔	๓	๕	๕	๑	๑๘
NF	๕	๕	๔	๔	๔	๒๐

ตัวชี้วัดของ CLT/PCT ตามมิติคุณภาพ

โรค	Access	Continuity	Appropri ate	Effective	Efficient	Safe	People- centered	Health promoti on
UGIH	✓		✓	✓		✓		✓
HI		✓		✓		✓		
Multiple trauma	✓			✓		✓		
Appendicitis	✓			✓		✓		✓
Renal calculi	✓	✓	✓	✓		✓		
NF				✓		✓	✓	✓

ตัวชี้วัดของ CLT/PCT ตามมิติคุณภาพ

โรค	Access	Continuity	Appropriate	Effective	Efficient	Safe	People-centered	Health promotion
UGIH	UGIH			อัตราผู้ป่วยUGIH ที่ได้รับการ ทำ EGD >๘๐%	อัตราการ Re-bleeding ใน การนอน โรงพยาบาลครั้ง เดียวกัน = ๐		อัตราผู้ป่วย เสียชีวิต <๗%	
Multiple trauma	๑. ผู้ป่วย Multiple trauma และมี ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสามารถเข้าห้อง ผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ๒.อัตราของผู้ป่วย triage level๑,๒ อยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า ๒ ชม. ไม่เกินร้อยละ ๖๐ ๓. ผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่ คาดการณ์			ผู้ป่วย Multiple Trauma ที่มีภาวะ V/S unstable ได้รับการ ผ่าตัดภายใน ๖๐ นาที หลังการ Set ผ่าตัด		อัตราเสียชีวิต ทั้งหมด อัตราการ วินิจฉัย ผิดพลาด		
NF	๑. อัตราการติดตามดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่บ้าน	ผู้ป่วยNF F/U OPD>๘๐ %		๑.อัตราการตัดเท้าใน ผู้ป่วย NF (เป้าหมาย < ๑๐%)	อัตราตายใน ผู้ป่วย NF		๑.อัตราผู้ป่วย Re admit ใน ๒๘ วัน ๒.อัตราการเกิด NF ในผู้ป่วยแผล เบาหวาน	

โรค	Access	Continuity	Appropriate	Effective	Efficient	Safe	People-centered	Health promotion
Renal calculi ที่ทำ PCNL	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ UC ใน ๔๘ ชั่วโมงก่อนทำ PCNL		- อัตราการทำ PCNL - จำนวนครั้ง การประชุม วิชาการที่ เกี่ยวข้องของ บุคลากร	LOS ผู้ป่วยของผู้ป่วยทำ PCNL		อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อน หลังทำ หัตถการ		
TBI			Fast Track TBI (GCS≤๘+indication for surgery) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๖๐ นาที > ๘๐ %	Mortality rate of severe TBI <๓๐%	Avg LOS <๑๐วัน	อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อน จากการผ่าตัด รุนแรง (F-I)	Care giver พร้อม ดูแล ภายใน ๗ วัน >๘๐ %	BI หลังD/C ดี ขึ้น ที่๑,๓,๖ เดือน
Hemorrhagic stroke			Fast Track Strokeได้รับการผ่าตัดภายใน ๙๐ นาที > ๘๐ %	Mortality rate <๒๕%				อัตราการเกิด complicationหลัง D/C ลดลง
Brain tumor								อัตราการเสียชีวิต ลดลง

ความเสี่ยงสำคัญ PCT ศัลยกรรม

อันดับ	หัวข้อ	2567	2568
1	ผู้ป่วยอาการทรุดลงไม่คาดการณ์	4	3
2	ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	0	1
3	ย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน	2	3
4	ผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน	0	3
5	เลื่อน งดผ่าตัด เนื่องจากเตรียมผ่าตัดไม่พร้อม	5	2
6	Re- admit จากโรคเดิมภายใน 24 ชั่วโมง	2	2
7	การติดเชื้อแผลผ่าตัด clean wound	0	0
8	ความผิดพลาดในการจัดเก็บชิ้นเนื้อ	1	0
9	การมีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วย	0	2

การทบทวนความเสี่ยง

โรค/หัตถการ	ประเด็นที่พบ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางป้องกัน
Bowel obstruction	Re-visit	- สื่อสาร Guide line Acute abdo กับ รพช.ให้เข้าใจและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน - กรณีผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ ให้อายุรแพทย์มาร่วมในการวางแผนการรักษาและให้ Order ก่อนการผ่าตัด - กรณีมีการส่ง Lab ให้ติดตามผลตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน - การใช้ Sepsis Guideline ตั้งแต่แรกรับที่ ER - ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดภายใน ๖ ชม/ มีภาวะ Sepsis กำหนดวิธีปฏิบัติดังนี้ - จัดให้อยู่ลือคกลาง เพื่อให้ได้รับการ Monitoring - แขนว Acting card เพื่อ Alert ในการเฝ้าระวังและให้การดูแลอย่างรวดเร็ว ทันที - การผ่าตัดเร่งด่วนต้องดำเนินการภายใน ๖ ชม กรณีไม่สามารถผ่าตัดได้ภายใน ๖ ชม ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ อายุรแพทย์ ร่วมให้คำแนะนำ ข้อดี ข้อเสีย ความเสี่ยง กับญาติเพื่อร่วมตัดสินใจในการผ่าตัด (การนับเวลาการรอผ่าตัด ควรเริ่มนับตั้งแต่มี definite Dx)
R/O Appendicitis ส่งทำ CTแล้ว แพ้สารทึบแสง	แพ้ยา/สารทึบแสง	- เพิ่มข้อความในใบยินยอมและใบประเมิน เช่น “แพ้กุ้ง, ปู, หอย หรืออาหารทะเลอื่นๆ” - คำถามซักประวัติ ให้ถามว่า “แพ้อาหารอะไรบ้าง” - มีป้ายเตือน บอร์ดให้ความรู้ แผ่นพับ และโปสเตอร์ QR Code เกี่ยวกับรูปอาหารทะเลต่างๆ เพื่อผู้ป่วยจะได้ทบทวนอีกครั้งว่าเคยทานแล้วมีอาการ ติดบริเวณจุดซักประวัติและให้หออผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยดูขณะซักประวัติ

โรค/หัตถการ	ประเด็นที่พบ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางป้องกัน
Traumatic injury	Fall	- คัดแยกประเภทผู้ป่วย ตามแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยกลุ่มการพยาบาลได้กำหนดไว้ และต้องมีการประเมินอาการผู้ป่วยแต่ละประเภทตามแนวทาง อย่างต่อเนื่อง - ทำการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มทุกราย โดยการใช้แบบประเมิน MOS SCORE ทุกๆตามแนวทาง - ปรับทีมการพยาบาลที่ให้การดูแลอย่างเหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภท - มีป้ายติดท้ายเตียง เพื่อให้สังเกตได้ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม - มีการจัดทำนวัตกรรมป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม ลูกจากเตียงตามลำพัง - ให้พยาบาลหัวหน้าเวร Quick round ผู้ป่วยหลังรับเวรทุกครั้ง และประเมินอาการซ้ำตามประเภทผู้ป่วย
CA Colon	ให้ยาเคมีบำบัดผิดคน	- Lean ระบบการตรวจสอบยาโดยตรวจสอบยาที่เตียงผู้ป่วยแล้วนำกล่องไว้ที่เตียงผู้ป่วยรายนั้น - ตรวจสอบยาและ Identify โดยพยาบาล+พยาบาล พยาบาล+ผู้ป่วย/ญาติ - ตรวจสอบและบริหารยาโดยใช้ Robot เพื่อช่วย Identify - ติดสก็อตเทปป้ายชื่อที่บนกล่องยาเคมีบำบัดให้แน่น - ก่อนให้ยาต้องถามชื่อ สกุลทุกครั้งและแจ้งผู้ป่วยทราบว่าจะฉีดยาอะไร
CA Rectum	ให้เลือดผิดคน	-การจ่ายเลือด:กำหนดนโยบายการจ่ายเลือด งานธนาคารเลือดจะจ่ายโลหิตให้หอผู้ป่วยครั้งละ ๑ unit กรณีต้องการเลือดด่วนและจำเป็น ต้อง loading ให้โทรประสาน by case -การ Double check โดยตรวจเช็คร่วมกันระหว่าง nurse station เพิ่มกระบวนการการตรวจสอบซ้ำกับผู้ป่วยโดยการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และถ่ายรูปป้ายชื่อมือผู้ป่วยกับป้ายคล้องเลือด และใบนำส่งเลือด (Check = ป้ายชื่อมือ,ใบนำส่งบอก group ผู้ป่วย และถูกเลือดบอกชื่อและgroup)และให้ Incharge confirm(สื่อสารผ่าน group line)โดย reply รูปเพื่อยืนยันการให้เลือด เมื่อผู้ให้เลือดได้รับข้อความตอบรับจาก in charge ให้ดำเนินการให้เลือดได้ก่อนจะให้เลือด -การ Observe V/S ภายใน ๑๕ นาที ๓.๑ เช็ควงเลือดกับป้ายชื่อและใบคล้องเลือดและหมู่เลือด ๓.๒ ตรวจสอบการ flow ของเลือด ๓.๓ ประเมิน อุณหภูมิร่างกาย ๓.๔ ประเมินสัญญาณชีพ

โรค/หัตถการ	ประเด็นที่พบ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางป้องกัน
Case CA Sigmoid with Liver metastasis อาการคงเดิมย้ายไปตึกพิเศษ	อาการทรุดลง ไม่คาดการณ์	-มีแนวทางในการรับผู้ป่วยจากตึกสามัญมาตึกพิเศษ ให้ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนรับย้ายมาห้องพิเศษ -ประเมินความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อย้ายมาอยู่ห้องพิเศษ -ให้คำแนะนำญาติเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยก่อนจะย้ายมาห้องพิเศษ -มีแนวทางใหม่ในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้เป็นระบบที่ถูกต้องและรวดเร็ว
multiple Trauma	อาการทรุดลง ไม่คาดการณ์	-ในกรณีมีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกใน ICU ศัลยกรรมและศัลยกรรมอุบัติเหตุ ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจร่างกายซ้ำทุกรายภายใน ๓๐ นาที -กรณีมีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ไม่มีภาวะช็อกที่รักษาในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจร่างกายซ้ำภายในไม่เกิน ๒ ชั่วโมง -กรณีการประเมินผู้ป่วยที่ ER เพิ่มเติมการดูบาดแผลและถ่ายรูปแผลลงบน OPD card แนบมากับประวัติผู้ป่วย
multiple Trauma	delay Dx	- กำหนดข้อบ่งชี้ที่แพทย์ศัลยกรรมต้องมาประเมินอาการผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน เช่น ER Thoracotomy เป็นต้น -ผู้ป่วย trauma level ๑ ที่ยังไม่ได้ผ่าตัดทันทีให้ Admit ICUทุกราย ให้พยาบาล ICU รายงาน v/s ทุก ๓๐ นาที และศัลยแพทย์จะไปประเมิน ภายใน ๑ ชม.หรือกรณีที่สงสัย หรือไม่แน่ใจ ต้องการ closed observe สามารถ admit ICU ได้ -Trauma level I กรณี blunt abdomen , FAST neg ให้ admit ICU และปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อพิจารณา CT (ขึ้นกับดุลยพินิจและอาการที่เปลี่ยนแปลง)เกณฑ์ การ ส่ง CT Abdomen ๑. Altered mental status ๒. Confounding injury ๓. Gross Hematuria ๔. Pelvic fracture ๕. Abdominal tenderness ๖. Unexpected HCT < ๓๕ % (ref. Schwartz) - กำหนดเกณฑ์ของพยาบาลในการรายงาน staff แบบคู่ขนานของกลุ่มงานศัลยกรรม กรณีพบแผนการรักษาของ Extern/Intern ที่ไม่เหมาะสม พยาบาลหัวหน้าเวรสามารถรายงานแพทย์ Staff ทราบในทันที

Proxy Disease กับคุณภาพของขั้นตอนต่างๆ ในกระบวนการดูแล

กระบวนการ	โรค	มาตรการ/นวัตกรรม เพื่อให้เกิดคุณภาพ
Access & entry	Multiple trauma ,HI	Guide line Fast tract trauma
Assessment	UGIH	UGIH score มีแผนการดูแลร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ
Plan of care	Renal calculi	แนวปฏิบัติก่อนทำหัตถการ
Discharge planning	NF , Multiple trauma HI	การส่งต่อในระบบ Intermediate care การเตรียมความพร้อม Care giver ประสานทีม COC ในการดูแลต่อเนื่อง
Care of high risk	Multiple trauma HI	Admit ICU และดูแลร่วมกันโดยทีมแพทย์สหสาขา
Anes & procedure	Multiple trauma,HI , Renal calculi , NF	Surgical check list
Nutrition	NF,UGIH, SHI	ประเมินภาวะทุพโภชนาการเบื้องต้นทุกรายกรณีพบปัญหา Consult นักกำหนดอาหารทุกราย
Rehabilitation	Multiple trauma ,HI	มีการเตรียมความพร้อม Care giver ประสานนักกายภาพบำบัด และส่งต่อ รพช.ในเครือข่าย ใน รายที่ต้องทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง
Information & empower	Multiple traumaHI ,NF	มีการเตรียมความพร้อม Care giver
Continuity of care	NF ,UGIH, Multiple trauma, HI	Intermediate care ประสานทีมจิตเวช ทีม COC รพช. และเครือข่ายชุมชนใน การดูแลติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
การทำแผลClean wound โดยใช้ transparent adhesive dressing	ผลลดค่าใช้จ่าย ลดภาระงาน และไม่มี การติดเชื้อ	การทดลองทำแผล Clean wound โดยใช้ transparent adhesive dressing สามารถ ลดอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดได้	อัตราการติดเชื้อแผล สะอาด SSI = ๐ (ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑)
วิจัยพัฒนาแนวทางการป้องกัน แผลกดทับ	ลดอัตราการเกิดแผล กดทับ เฝ้าระวังการเกิดแผล กดทับในกลุ่มเสี่ยง	สามารถค้นพบแผลกดทับระดับ ๑ มากขึ้น	อัตราการเกิดแผลกดทับ ระดับ ๒ ลดลงจากร้อยละ ๒.๕๗ เหลือร้อยละ ๐.๔
วิจัยการพัฒนา กระบวนการ จำหน่ายในกลุ่ม งานศัลยกรรม	ลดระยะเวลารอคอย ในการจำหน่ายผู้ป่วย	ใช้แนวคิดสลินในการลดขั้นตอน การจำหน่ายผู้ป่วย	๑. ลดระยะเวลาในการ จำหน่ายจาก ๑๗๙.๔๐ นาทีเหลือ ๑๒๓.๐๓ นาที ๒. ลดกิจกรรมการจำหน่าย จาก ๒๐ กิจกรรมเหลือ ๑๕ กิจกรรม
นวัตกรรม เสือสะดวง	ผู้ป่วยได้รับความ สะดวกขณะให้ยาเคมี บำบัด และเกิดความ ต่อเนื่องในการ บริหารยา	ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด สามารถเปลี่ยนเสื่อได้สะดวกไม่ ต้องมีการclamp ยา	ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ การบริหารยาตรงตามเวลา
นวัตกรรม ไม้ค้อนนันท	ผู้ป่วยทำ Cut down ผู้ป่วยใส่ Ventriculostomy	ไม่มีที่วัด CVP ที่มี Zero point	วัดค่า CVP /ICP ได้แม่นยำ ขึ้นลดค่าใช้จ่ายในการซื้อ เครื่อง Monitor
นวัตกรรมที่วัด องศาเตียง	ผู้ป่วย TBI/ ผู้ป่วย ผ่าตัดสมอง/ผู้ป่วยใส่ ท่อช่วยหายใจ	ไม่มีเตียงที่บอกระดับองศา	ลด IICPใช้เป็นเครื่องมือใน การช่วยลด VAP ลดค่าใช้จ่ายในการซื้อเตียง ที่มีองศาเตียง

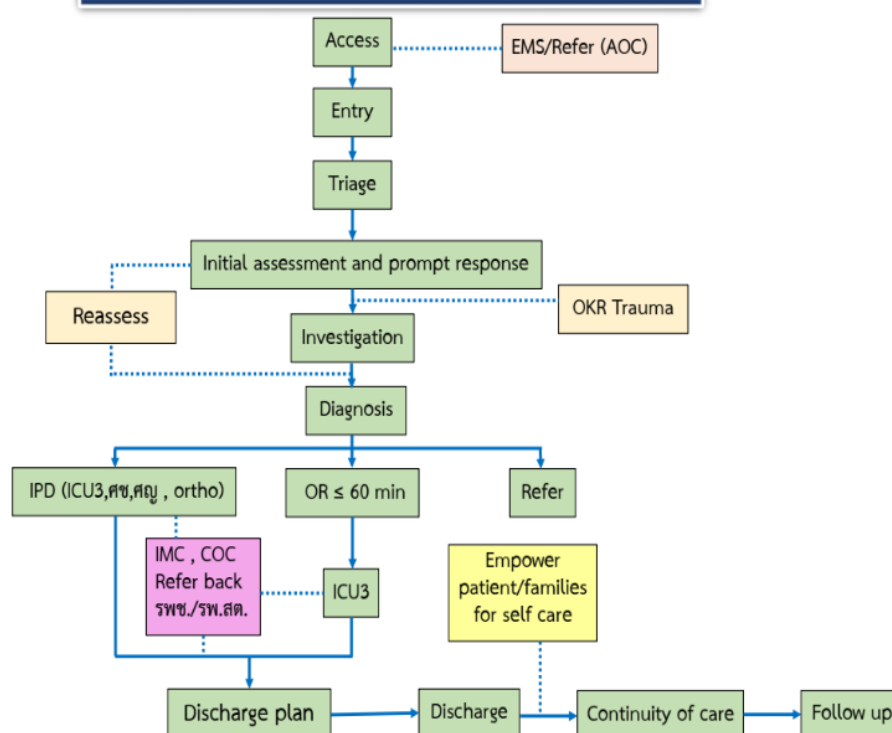
การพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
การจัดการ ความเจ็บปวด ในผู้ป่วยผ่าตัด ช่องท้องโดยใช้ หลักฐานเชิง ประจักษ์	เพื่อให้ผู้ป่วย ศัลยกรรมที่ได้รับการ ผ่าตัดช่องท้อง ได้รับ การจัดการความปวด อย่างมีมาตรฐานและมี ผลลัพธ์ที่พึง ประสงค์ตาม มาตรฐานสากล	สืบค้นและขออนุญาตนำแนว ปฏิบัติการจัดการความ เจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤติหอ ผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มาใช้ใน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทาง ศัลยกรรม ตั้งแต่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๑ - ๓๑ พ.ค. ๒๕๖๒	หลังดำเนินการ พบว่า - ความปวดหลังผ่าตัดลดลง มาก จากร้อยละ ๙ เป็น ๘๔ - ความพึงพอใจเพิ่มจากร้อยละ ๕ เป็น ๗๘.๓๘
Necrotizing Fasciitis wound management bundle of new normal concept ๒๐๑๙	ผู้ป่วย NF หลังผ่าตัด (OPD case)	สืบค้นและจัดทำกลุ่มกิจกรรม การทำแผลเนื้อเน่าหลังผ่าตัด แบบผู้ป่วยนอก	-พัฒนาการจัดการแผลเพื่อลด การเดินทางมาโรงพยาบาล สามารถป้องกันการสัมผัสและ แพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ -ลดค่าใช้จ่าย -ลดความลำบากในการเดินทาง มาทำแผล ลดความเหน็ดเหนื่อย และการเดินทางมาทำแผลของ ผู้ดูแลและผู้ป่วย - Health care cost ได้อย่างดี
การรักษาโรค แผลเนื้อเน่า หลังผ่าตัด ด้วย พลาสมา อากาศเย็น	ผู้ป่วย NF หลังผ่าตัด	นวัตกรรมเครื่อง Compact Air plasma Jet รุ่น Nighingel ผลิตสารอนุมูลคือ อนุมูลไฮดรอกซิล (OH) อนุมูล ออกไซด์ (O) โอโซน (O ₃) ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (H ₂ O ₂)ทำหน้าที่ในการทำลาย แบคทีเรีย ไนตริกออกไซด์ (NO) ออกซิเจนซ่อมแซม ผิวหนังที่เสียหาย	-ลดจำนวนวันนอน - อัตราตาย - อัตราการตัดขา - ค่าใช้จ่ายในการรักษา -ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ อาการปวด อาการเนื้อเยื่อไหม้
แนวทางการ เตรียมความ พร้อมก่อน ผ่าตัด	เพิ่มประสิทธิภาพใน การเตรียมผ่าตัด	ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความ พร้อมก่อนผ่าตัด และลด อุบัติการณ์การเตรียมผ่าตัดไม่ พร้อม	พยาบาลมีความรู้และปฏิบัติตาม ขั้นตอนการเตรียมก่อนผ่าตัด และอุบัติการณ์การเตรียมผ่าตัด ไม่พร้อมลดลง

การจัดการกระบวนการ (Process Management) MULTIPLE TRAUMA

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Access & entry	ได้รับการรักษา ทันเวลา	ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตจาก อุบัติเหตุจราจรได้รับการนำส่ง โรงพยาบาลด้วย EMS ≥ 85	การให้ความรู้แก่หน่วยกู้ชีพ ระดับต้น ระดับกลางและ ระดับสูง
Assessment	ได้รับการประเมิน ครอบคลุม	ร้อยละของผู้ป่วย HI ได้รับการ ประเมิน ถูกต้อง	บุคลากรทุกระดับมีความรู้ เบื้องต้นในการคัดกรองผู้ป่วย
Care	ระบบ Fast Track	- Door to FAST ภายใน ๕ นาที ในผู้ป่วย Severe HI - อัตราการเข้ารับการผ่าตัด ภายใน ๖๐ นาที - CT, Lab ภายใน ๓๐ นาที	- ผู้ป่วยที่ มี coma score ลดลง ๒ คะแนน ได้รับการรายงานแพทย์ ทุกราย
Discharge planning	ทีมสหวิชาชีพ	- ผู้ป่วย Head Injury ได้รับการ การ Admit observe ๒๔ ชม.	- ผู้ป่วยหรือญาติทุกรายได้รับ เอกสารแนะนำในการสังเกต อาการทางสมองเมื่อได้รับ บาดเจ็บที่ศีรษะ
Information & Empowerment	Network Health education Training	อัตราการ Re admit อัตราการ Re visit	Human – centered design

Process Flowchart ของการดูแลผู้ป่วย Multiple Trauma



ผลลัพธ์การพัฒนา Multiple trauma

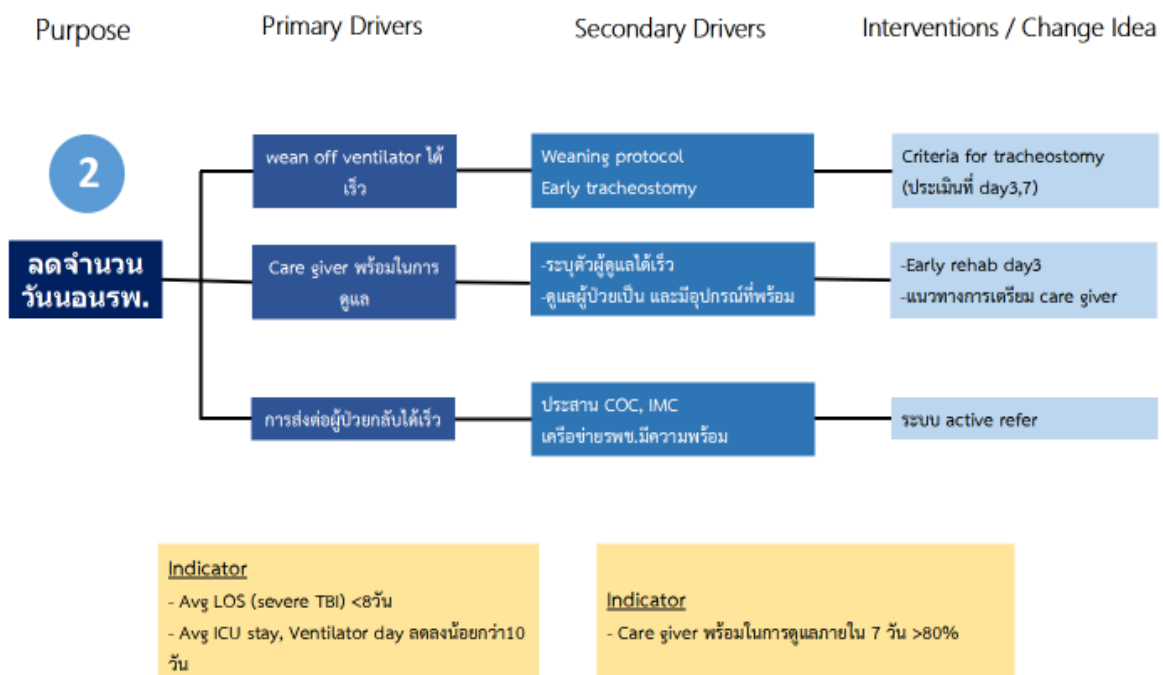
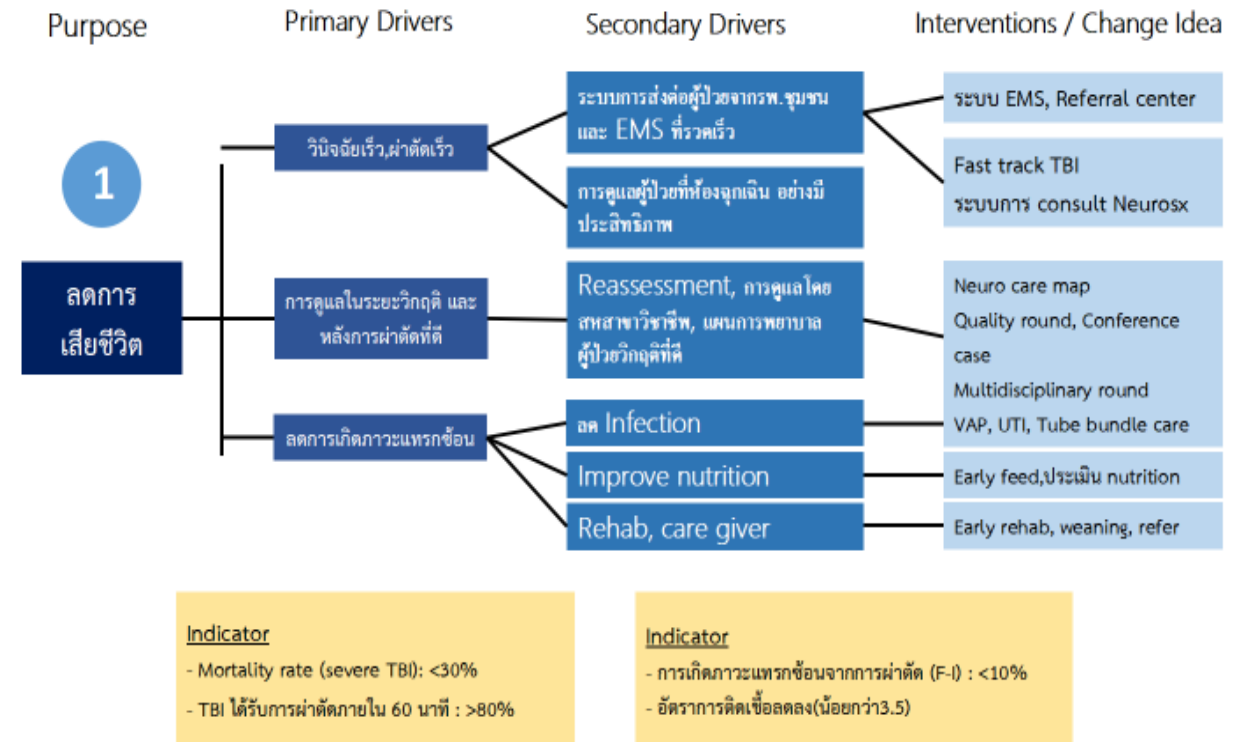
ตัวชี้วัด	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. อัตราของผู้ป่วย Trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที	๔๔	๕๒.๙๔	๔๑.๘๖	๔๔.๑๙	๕๔.๑๒	๖๑.๒๘
๒. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน triage level ๑	๘.๐๒	๗.๑๙	๘.๙๓	๘.๑๒	๗.๕๘	๗.๕๙
๓. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Severe Traumatic Brain injury	๓๙.๑๓	๓๔.๕๘	๓๘.๗๙	๓๖.๖๐	๓๕.๒๘	๑๖.๘๗
๔. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps score ๐.๕ ใน รพ. ระดับ A , S , M๑	๐.๖	๐.๓๒	๐.๗๖	๐.๓๐	๐.๖๙	๐.๕๙

การจัดการกระบวนการ (Process Management) Traumatic Brain injury and Hemorrhagic stroke

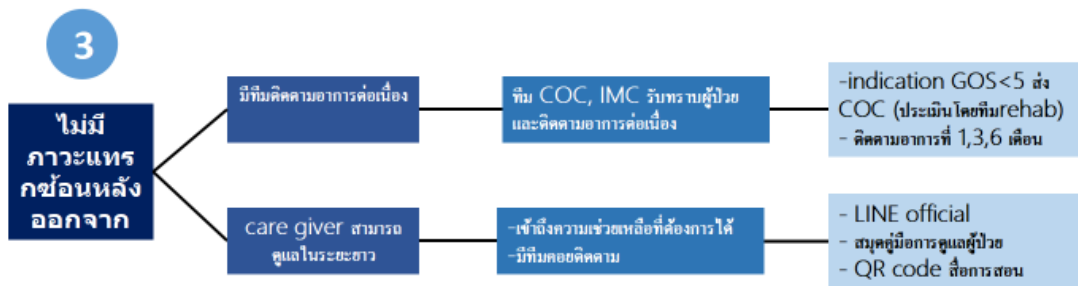
กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Access & entry	ได้รับการรักษาทันเวลา	ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตจากอุบัติเหตุจราจรได้รับการนำส่งโรงพยาบาลด้วย EMS มากกว่าร้อยละ ๘๕	การให้ความรู้แก่หน่วยกู้ชีพระดับต้นระดับกลางและระดับสูง
Assessment	ได้รับการประเมินครอบคลุม	ร้อยละของผู้ป่วย HI ได้รับการประเมิน ถูกต้องมากกว่าร้อยละ ๘๐	บุคลากรทุกระดับมีความรู้เบื้องต้นในการคัดกรองผู้ป่วย
Care	ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว	- อัตราการเข้ารับการผ่าตัดภายใน ๖๐ นาที ร้อยละ ๘๐	Fast tract Trauma/TBI
	Mild TBI รับการดูแลอย่างปลอดภัย	- อัตราการเกิด readmit หรืออาการทรุดลง	-care map การสังเกตอาการและการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในรพ. -ผู้ป่วยและญาติ ได้รับคำแนะนำในการสังเกตอาการทาง เมื่อจำหน่ายออกจากรพ. -มีการนัดติดตามอาการทุกราย

ตัวชี้วัด		วิธีการคำนวณ	เป้าหมาย
Fast Track TBI ผ่าตัดภายใน ๖๐ นาที		ร้อยละจำนวนผู้ป่วย Fast track TBI ที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดด่วนได้รับการผ่าตัดภายใน ๖๐ นาที (เวลาตั้งแต่มาถึง ER จนถึง OR) ต่อจำนวนผู้ป่วย Fast track TBI ที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด	> ๘๐%
Mortality rate of severe TBI		ร้อยละจำนวนผู้ป่วย Severe TBI ที่เสียชีวิตในระหว่างการรักษา (GCS $\leq$ ๘) ต่อจำนวนผู้ป่วย Severe TBI ทั้งหมด	< ๓๐%
Fast Track TBI ผ่าตัดภายใน ๙๐ นาที		ร้อยละจำนวนผู้ป่วย Fast track TBI ที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดด่วนได้รับการผ่าตัดภายใน ๙๐ นาที (เวลาตั้งแต่มาถึง ER จนถึง OR) ต่อจำนวนผู้ป่วย Fast track TBI ที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด	> ๔๐%
Mortality rate of hemorrhagic stroke		ร้อยละจำนวนผู้ป่วย Hemorrhagic stroke ที่เสียชีวิตในระหว่างการรักษา ต่อจำนวนผู้ป่วย Hemorrhagic stroke ทั้งหมด	< ๒๕%
Avg LOS (severe TBI)		เฉลี่ยจำนวนวันนอนผู้ป่วย Severe TBI ทั้งหมด	< ๑๐ วัน
Avg ICU stay (severe TBI)		เฉลี่ยจำนวนวันนอน ICU ในผู้ป่วย Severe TBI ทั้งหมด	< ๑๐ วัน
Avg ventilator day (severe TBI)		เฉลี่ยจำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วย Severe TBI ทั้งหมด	< ๑๐ วัน
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด		ร้อยละจำนวนผู้ป่วยที่ต้อง Unplanned-reoperation, อาการทรุดลงต่อจำนวนผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดทั้งหมด	< ๑๐%
Caregiver พร้อมดูแลภายใน ๗ วัน		ร้อยละจำนวน caregiver ที่พร้อมดูแลภายใน ๗ วัน ต่อจำนวนผู้ป่วย TBI ที่ต้องการ caregiver ทั้งหมด (GCS day ๓ $\leq$ ๘)	> ๘๐%
Continuity of care	HHC, Follow up	Care giver พร้อมในการดูแลภายใน ๗ วัน > ๘๐%	Family – centered design แนวทางการเตรียม Care giver

เป้าหมาย ปักจายขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator) HEAD INJURY



Purpose Primary Drivers Secondary Drivers Interventions / Change Idea

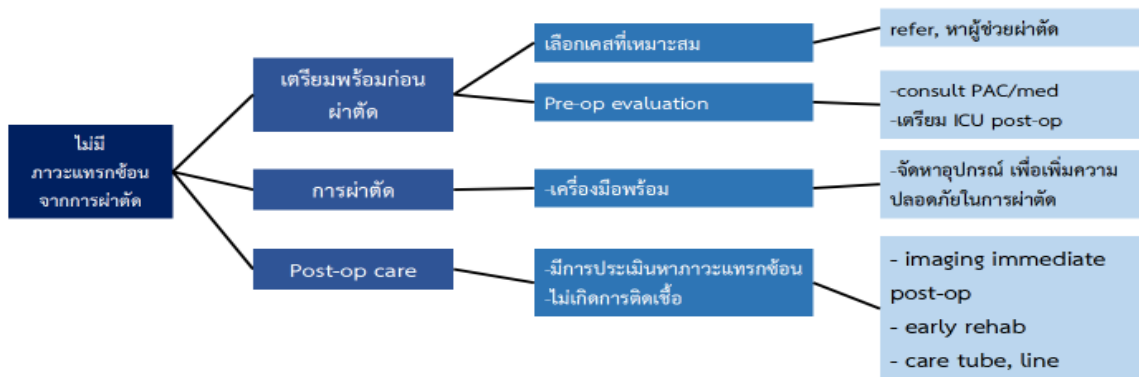


Indicator

- อัตราการติดตาม ครอบคลุมเวลาที่กำหนด
- อัตราการเสียชีวิตหลังจากการพ. ถึงหกเดือน
- อัตราผู้ป่วยที่มี GOS, BI ดีขึ้น

เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator) Brain tumor

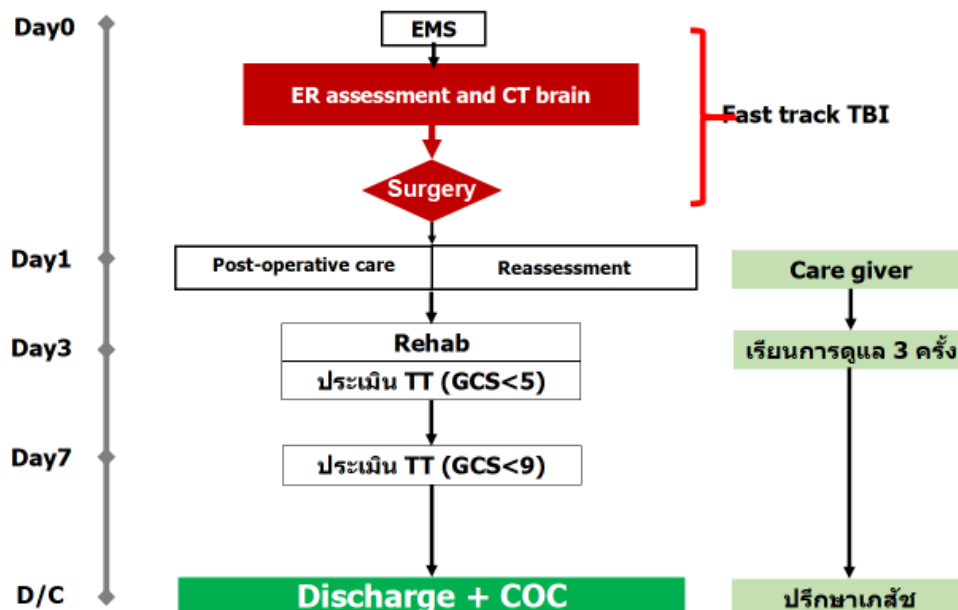
Purpose Primary Drivers Secondary Drivers Interventions / Change Idea



Indicator

- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด <10%

Process การดูแลผู้ป่วย Severe TBI



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
Fast Track TBI ได้รับการผ่าตัดภายใน ๖๐ นาที	> ๘๐%	๑๘.๗๕	๒๕	๒๙.๑๗	๔๖.๑๕	๗๙.๓๐	๕๘.๒๘
Mortality rate of severe TBI	< ๓๐%	๓๑.๘๖	๓๕.๔๒	๓๘.๗๙	๓๕.๓๖	๖๕.๓๘	๕๑.๓๒
Fast Track TBI ได้รับการผ่าตัดภายใน ๙๐ นาที	> ๔๐%	NA	๔๕.๔๕	๔๒.๘๖	๖๕.๕๗	๖๖.๖๗	๑๑.๐๐
Mortality rate of hemorrhagic stroke	< ๒๕%	NA	๑๙.๕๑	๒๓.๒๔	๒๐.๘๑	๒๕.๐๔	๖.๐๐
Avg LOS (severe TBI)	< ๑๐วัน	๑๒	๑๔	๑๒	๑๐	๙.๘	๔.๐๐
Avg ICU stay (severe TBI)	< ๑๐วัน	๘	๙	๙	๗	๔.๕	๙๖
Avg ventilator day (severe TBI)	< ๑๐วัน	๖	๗	๗	๕	๔.๔	๕๘.๒๘
Caregiver พร้อมดูแลภายใน ๗ วัน	> ๘๐%	๗๖	๘๔	๙๐	๙๕	๙๓	๕๑.๓๒

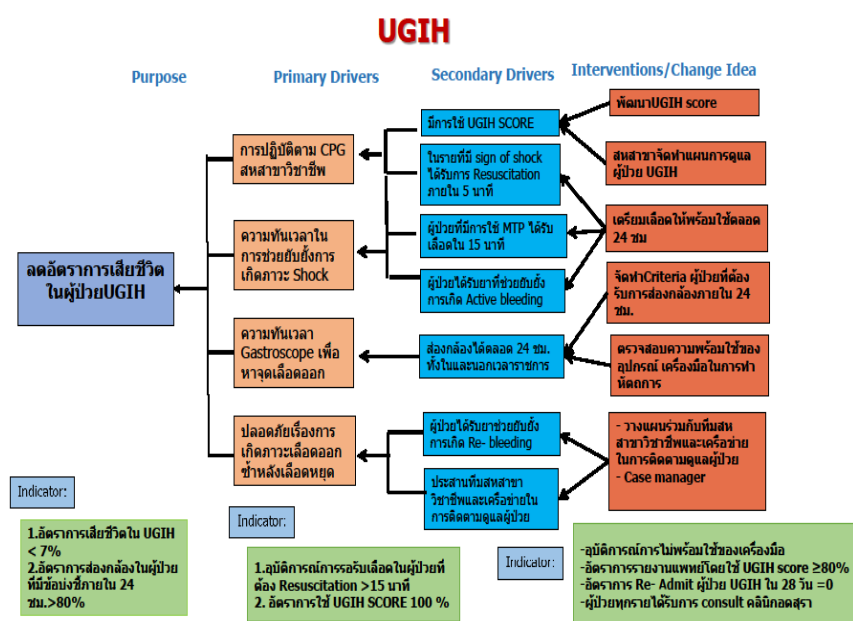
	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
จำนวนผู้ป่วย	๔๑	๑๙	๒๔	๒๘	๓๖	๕๘	๔๕
อัตราการตาย(จำนวน/อัตรา)	๒ / ๔. ๘๗	๓ / ๑๕. .๗๙	๑ / ๔. ๑๗	๑ / ๓. ๕๗	๑ / ๒. ๗๘	๓/๕.๑ ๗	๐

การจัดการกระบวนการ (Process Management) UGIH

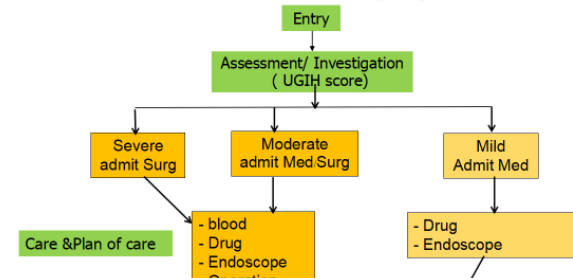
กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Access & entry	มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนแบบฉุกฉิน	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยUGIH	ปรับปรุง CPG UGIH ใช้ร่วมกันทั้งแผนก ศัลยกรรมและอายุรกรรม รวมทั้งรพ.เครือข่ายในจังหวัด ปรับปรุงครั้งที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒
Assessment	UGIH score	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน UGIH score	จัดทำแนวทางในการประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วย

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Care	Blood Drug Endoscope Operation	- อัตราผู้ป่วยกลุ่ม severe UGIH ได้รับ การทำ EGD ภายใน ๒๔ ชม. - อัตราการเกิด เลือดออกซ้ำในการ admit ครั้งเดียวกัน	แนวทางที่ชัดเจนในการให้ยา ให้เลือด การ ทำหัตถการ และการผ่าตัด เมื่อมีข้อบ่งชี้
Discharge planning	ทีมสหสาขาวิชาชีพ	- อัตราการ re-admit ผู้ป่วย UGIH	ระบบ case manager Multidisciplinary team
Information & Empowerment	Health education	- อัตราการ re-admit ผู้ป่วย UGIH	การบริหารโดย case manager Human - center design
Continuity of care	HHC Follow up	- ร้อยละของการส่งเยี่ยมบ้าน - ร้อยละของการเยี่ยมบ้าน	case manager Family - center design

เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator) UGIH



Process Flowchart ของการดูแลผู้ป่วยโรค UGIH

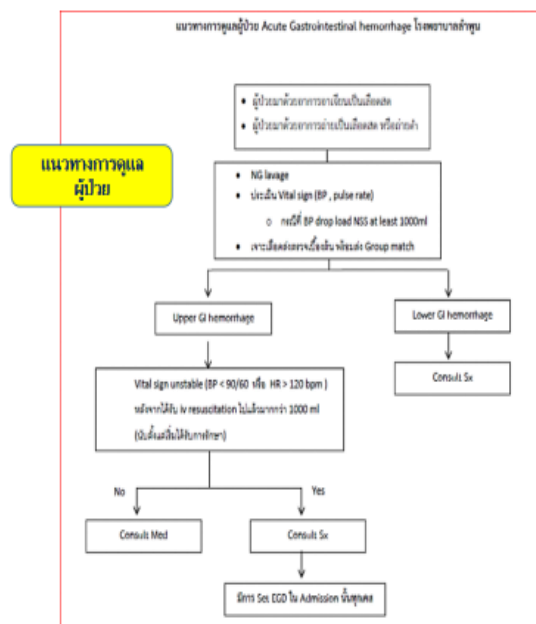


การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

LAMPHIN HOSPITAL DOCTOR'S ORDER SHEET

Time	Age	Sex	Physician	Diagnosis
Time	PROGRESS NOTE	ORDERS FOR ONE DAY	ORDERS FOR CONTINUE	
History	UGIH bleeding Order	Admit	Diagnosis	
Physical	Admit	Diagnosis	Diagnosis	
BP	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	
HR	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	
SpO2	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	
Temp	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	
Weight	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	
Height	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	
ECG	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	
Lab	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	
Imaging	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	
Pathology	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	
Other	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	

DOCTOR'S ORDER UGIH



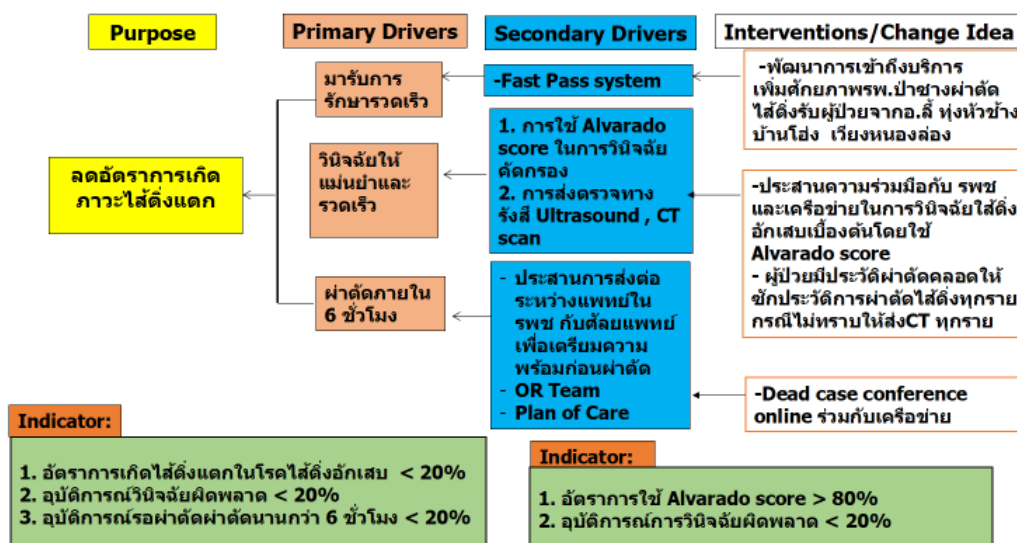
ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
อัตราการกลับมานอนซ้ำใน ๒๘ วัน	๕.๘๓	๗.๔	๒.๔๐	๒.๙๔	๓.๕๗	๑.๐๘
อัตราการตายในผู้ป่วย UGIH	๗.๕	๑๐.๓๗	๑๖.๐๐	๑๑.๗๖	๗.๘๕	๔.๕๔
ผู้ป่วย UGIH ได้รับการ ทำ EGD ภายใน ๒๔ ชั่วโมง	๖๑.๘๒	๗๕.๕๖	๙๐.๔๐	๘๘.๘๒	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐
อัตราการเข้าคลินิกอดสุรา	๐	๐	๒๒.๔	๓๘.๔๖	๔๐.๑๒	๔๑.๘๘

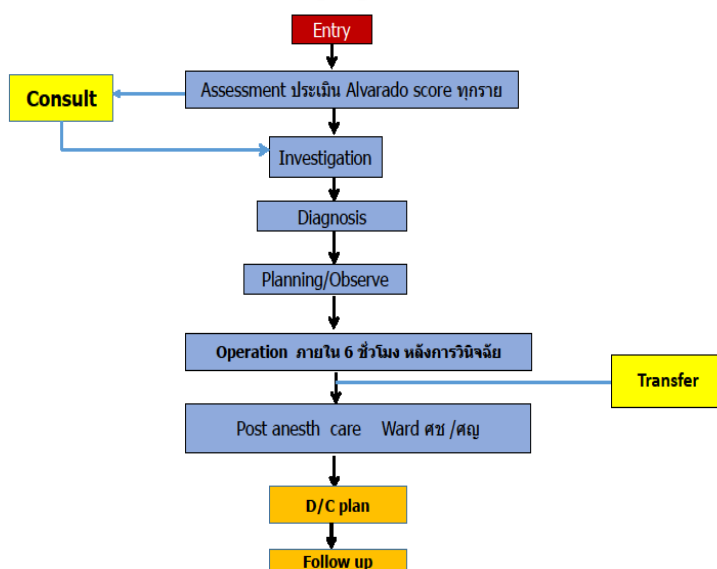
จัดการกระบวนการ (Process Management) Acute Appendicitis

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Access & entry	การadmit ผิแดดน	อัตราการใช้ Alvarado score	ผู้ป่วยที่Alvarado score ≥ 5 ให้Refer รพ.ลำพูน
Assessment	การประเมิน Sign หน้า ท้อง ประกอบกับ Lab CBC , UA	อัตราการเกิดไส้ติ่งแตก อัตราการวินิจฉัยผิดพลาด	มีการจัดทำ Flow Ac. Abdomen
Care	ได้รับการผ่าตัดภายใน ๖ ชม. หลังแพทย์ วินิจฉัย	อัตราการผ่าตัดใน ๖ ชม.	- มีการให้ยาปฏิชีวนะและยาแก้ ปวดหลังแพทย์วินิจฉัย - พัฒนารูปแบบการทำแผลในราย ที่ไม่ใช่ gangrene Appendicitis หรือ ruptured Appendicitis หลังผ่าตัด๒๔ชม.เปิดทำแผลและ ปิด opsiteไว้ จนครบตัดไหม
Discharge planning	ได้รับการทำ Discharge planning ตั้งแต่แรกรับจนถึง จำหน่าย	-อัตราการ Readmit ภายใน ๒๘ วัน	พัฒนาใบเซ็นยินยอมรับการรักษา การวางแผนการจำหน่าย
Information & Empowerment	-Health education -Network Information	- อุบัติการณ์การเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด - อัตราการ Readmit ภายใน ๒๘วัน	-การฟังผล patho ที่โรงพยาบาล ชุมชน -ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย Ruptured Appendicitis เพื่อป้องกันการ อุบัติการณ์ซ้ำ
Continuity of care	Follow up ใน กรณีgangrene Appendicitis และ ruptured Appendicitis	อัตราการ Readmit ภายใน ๒๘ วัน	- ให้ความรู้เรื่องการดูแลแผล ผ่าตัด - กรณี ruptured Appendicitis แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ ได้รับการ suture wound day ๓-๕

Purpose, Driver Diagram, & Indicator Acute Appendicitis



Process Flowchart ของการดูแลผู้ป่วย Ac Appendicitis



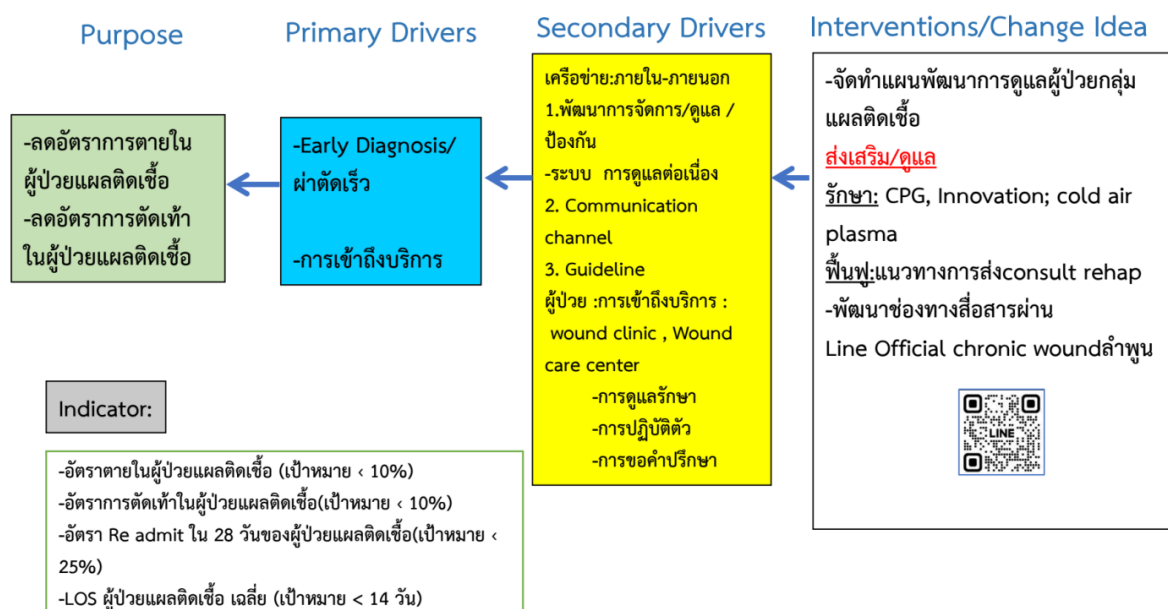
ผลลัพธ์การพัฒนา Appendicitis

ตัวชี้วัด	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
อัตราการตรวจวินิจฉัยถูกต้อง	๙๘.๔๖	๙๘.๒๖	๙๙.๒๙	๙๖.๖๖	๘๓.๐๙	๙๐.๓๙
อัตราการรอการผ่าตัดนานเกิน ๖ ชม.	๐	๐	๐	๐	๔.๒๒	๖.๐๙
อัตราการเกิดไส้ติ่งแตกในโรคไส้ติ่งอักเสบ	๑๑.๗๙	๑๒.๑๖	๙.๗	๑๔.๖๗	๑๘.๘๖	๑๕.๒๐
อัตราการใช้ Alvarado score ในการประเมินผู้ป่วยสงสัยไส้ติ่งอักเสบจากรพช.	๓๘.๘๗	๕๖.๕๖	๕๒.๘๖	๙๕.๘๙	๘๘.๓๗	๖๓.๐๒

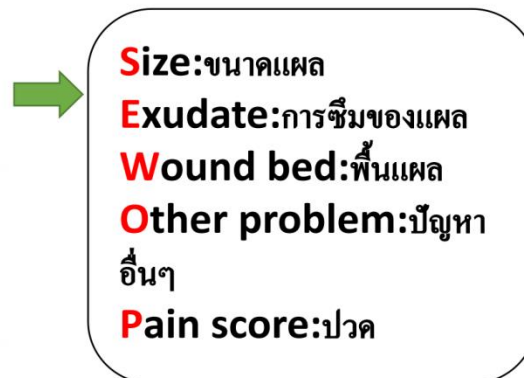
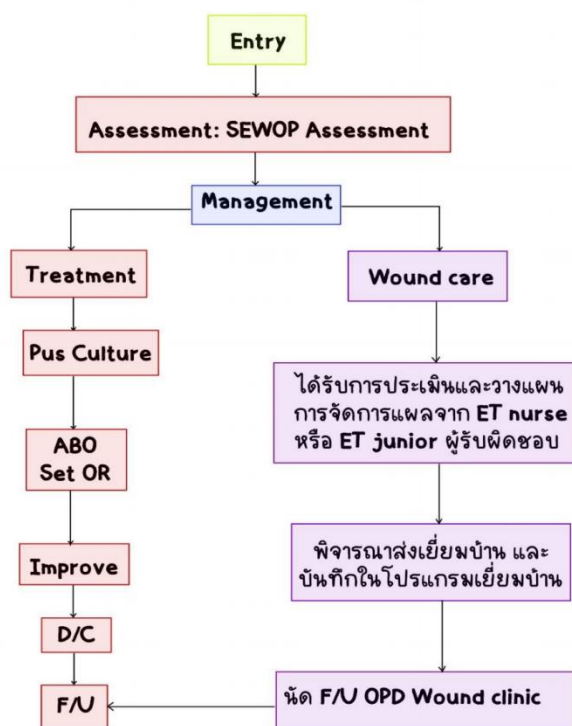
การจัดการกระบวนการ (Process Management) Infected wound group

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Access & entry	ผู้ป่วยแผลติดเชื้อ	- อัตราตายในผู้ป่วยแผลติดเชื้อ <10% - LOS น้อยกว่า 14 วัน	- พัฒนาระบบการดูแลเร่งรัดทั้งเครือข่าย ทั้งด้านการป้องกันการเกิดแผล การจัดการแผลและการเชื่อมโยงเครือข่าย
Assessment	Chronic wound score	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน Chronic wound score มากกว่าร้อยละ 80	- มีแนวทางการดูแลแผลตามระดับการประเมิน
Care	- Assess - management - Continuous of care	- ใน 4 สัปดาห์แผลมีความก้าวหน้าดีขึ้น > 50%จากเดิมโดยวัดจาก CW score (เป้าหมาย > 80%)	- พัฒนาระบบการส่งต่อ - สร้างช่องทางการติดต่อในเครือข่าย:Line group/webpage - จัดโครงการพัฒนาศักยภาพจัดการแผล - อบรมระยะสั้น ET junior nurse
Discharge planning	ทีมสหวิชาชีพ	- อัตราการติดตามดูแลต่อเนื่อง ที่บ้าน ร้อยละ 80	- มีcase manager - ET nurse/ผู้รับผิดชอบ - มีศูนย์ประสานงาน:ศูนย์การดูแลแผล
Information & Empowerment	Network Information	- Re admit ใน 28 วัน (เป้าหมาย < 25%)	- มีcase manager - ข้อมูลวิชาการ/เอกสารการปฏิบัติตัว:ทำQR code - การตอบกลับ:Feedback form

เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator)
Infected wound group



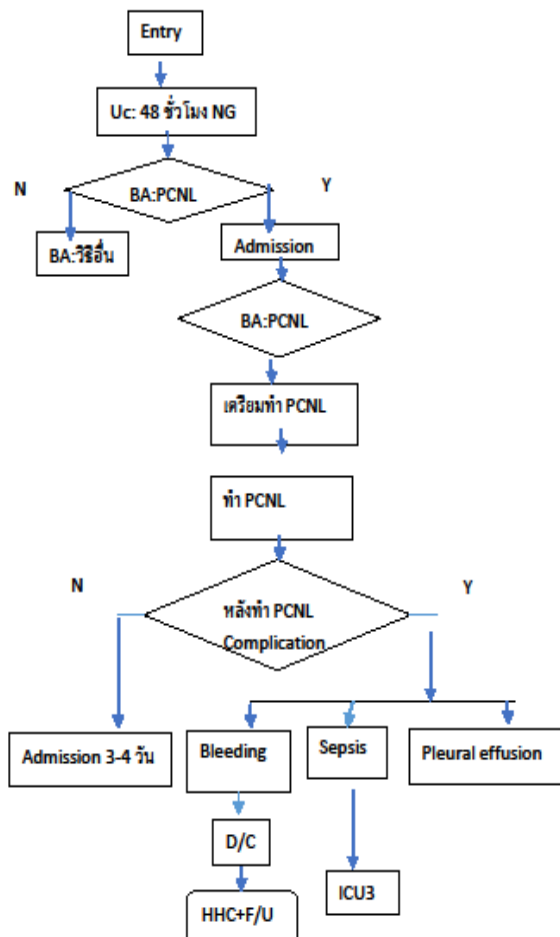
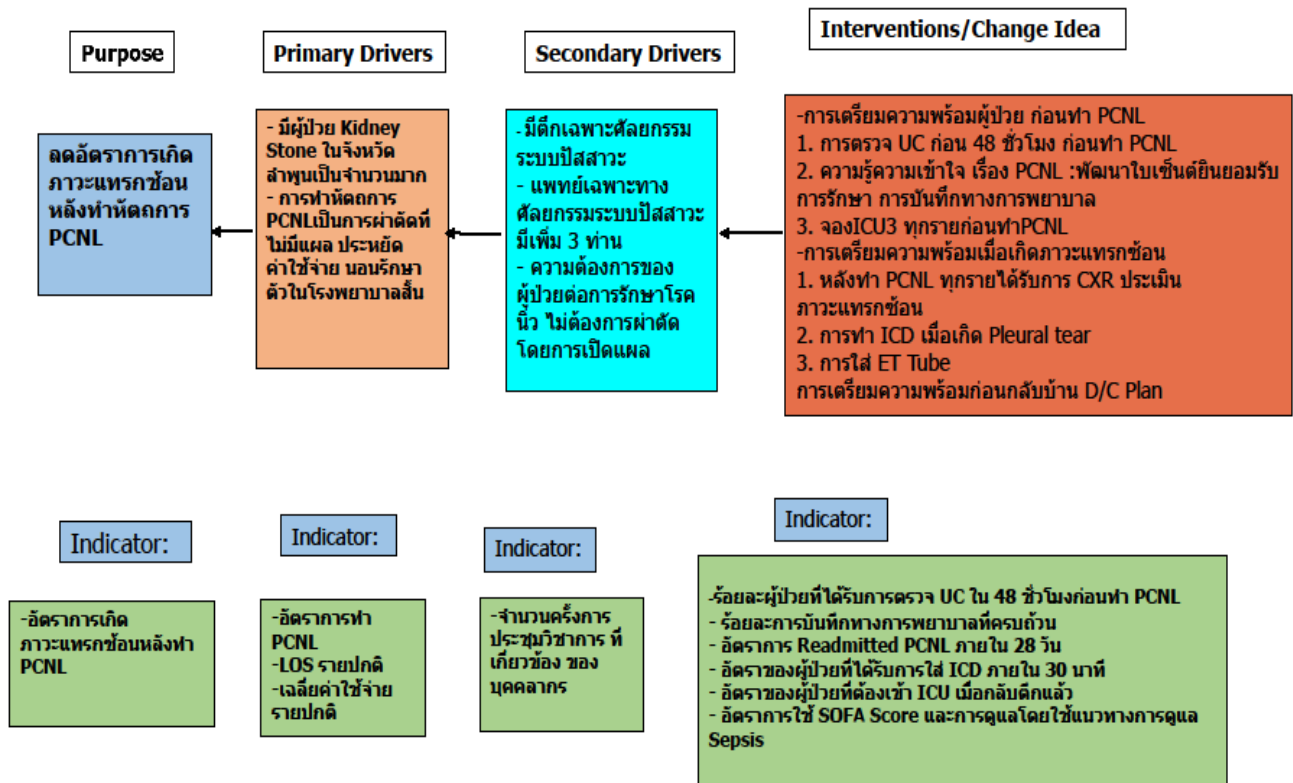
นิยาม Infected wound group หมายถึง Necrotizing Fasciitis, Infected DM Ulcer, Infected wound (รวมแผลอุบัติเหตุ)

Process Flowchart ของการดูแลผู้ป่วย Infected Wound.

ผลลัพธ์การพัฒนา

ตัวชี้วัด	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
อัตราการตายใน ผู้ป่วย Infected wound group	๕.๐๘	๓.๕๙	๒.๗๘	๔.๐๕	๔.๘๑	๕.๒๘
อัตราการตัดเท้าในผู้ป่วยโรคแผล เนื้อเน่า	๐	๐.๕๑	๐.๔๖	๑.๑๖	๔.๘๑	๐
Re-admitใน ๒๘ วันของผู้ป่วย Infected wound group	๑.๑๗	๑.๒	๐.๔๖	๑.๗๓	๑.๒	๑.๒๕
LOS ในผู้ป่วย แผล Infected wound group	๗.๘๘	๖.๓๒	๖.๑๒	๕.๒๗	๖.๑๓	๔.๙๑

การจัดการกระบวนการ (Process Management) Kidney Stone

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Access & entry	การเก็บ Urine culture ก่อนผ่าตัด ๔๘ ชั่วโมง	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ UC ใน ๔๘ ชั่วโมงก่อนทำ PCNL	- OPD: ส่งตรวจ U/C ก่อน Admitted ๔๘ ผล NG (UC รพ. ลำพูน ส่งตรวจ รพ. ลำพูนและนอกเขตส่งตาม UC)
Assessment	-การประเมินอาการ ก่อนและหลังทำPCNL ตามมาตรฐาน	-ร้อยละการบันทึกทางการพยาบาลที่ครบถ้วน	พัฒนาใบเซ็นยินยอมรับการ รักษา การบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะPCNL
Care	ได้รับการประเมิน ค้นหาและแก้ไข เมื่อเกิด ภาวะแทรกซ้อน	-อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ ICD ภายใน ๓๐ นาที -อัตราของผู้ป่วยที่ต้องเข้า ICU เมื่อกลับตึกแล้ว -อัตราการใช้ SOFA Score และการดูแลโดยใช้แนวทางการดูแล Sepsis	- ผู้ป่วยหลังทำ PCNL ทุกราย ได้รับการ CXR เพื่อประเมิน ภาวะแทรกซ้อน - เตรียมเตียง ICU ทุกรายก่อน ทำPCNL - การใช้ SOFA Score และการดูแลโดยใช้แนวทางการดูแล Sepsis
Discharge planning & Information & Empowerment	ได้รับการทำ Discharge planning ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย -เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถ	-ร้อยละการบันทึกทางการพยาบาลที่ครบถ้วน -จำนวนครั้งของเจ้าหน้าที่ ที่เข้ารับการอบรม/เดือน	- พัฒนาใบเซ็นยินยอมรับการ รักษา การบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะPCNL -จัดประชุมวิชาการเฉพาะยูโร ๑-๒ครั้ง/เดือนและวิชาการ เดือนละ ๑ ครั้ง
Continuity of care	ได้รับการส่ง HHC ตามแนวทางของ โรงพยาบาลลำพูน	ร้อยละของผู้ป่วยที่ส่ง HHC ตามแนวทาง	ลงโปรแกรม HHC ในผู้ป่วยที่มี สายต่างๆออกจากร่างกาย มีแผลที่ต้องทำแผลทุกวัน และ ผู้ป่วย Barden score <๑๖

เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Diver Diagram, & Indicator) **KIDNEY STONE****OPD**

- OPD: ส่งตรวจ U/C ก่อน Admitted 48 ชม NG (UC รพ. ลำพูน ส่งตรวจ รพ.ลำพูนและนอกเขตส่งตาม UC)
- OPD: แพทย์เจ้าของไข้ อธิบายแผนการรักษา ภาวะแทรกซ้อน

IPD

- RN: ทบทวนความเข้าใจแผนการรักษา ภาวะแทรกซ้อน การเตรียมตัวก่อน ขณะทำและหลังทำ PCNL
- RN: ให้เซ็นใบยินยอมรับการรักษา และใบยินยอมการทำ PCNL โดยเป็นแบบพร้อมเฉพาะ
- RN: ประสาน OR เตรียมทำ PCNL
- RN: ประสาน ICU 3 จองเตียง

OR & Recovery

- ทีม OR: set PCNL
- ทีมวิสัญญี ประเมินอาการ ประสานทำ CXR หลังทำทุกราย ติดตามผลพิจารณาปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ กรณีพบความผิดปกติ

IPD

- ทีมประเมินอาการ สังเกตภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อน D/C 3-4 วัน +F/U+HHC
- Bleeding: Blood loss : Hb Hct
- Pleural effusion: ได้รับการใส่ ICD ภายใน 1/2 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย
- Sepsis: ใช้ qSOFA ,SOFA ประเมิน ดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis ภายใน 1 ชั่วโมง

ผลลัพธ์การพัฒนา

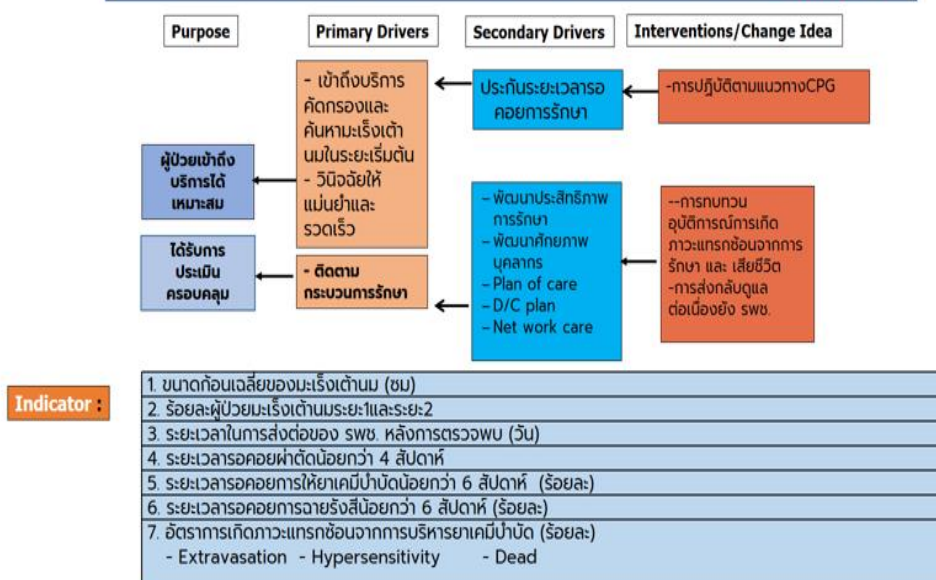
ผลลัพธ์	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
จำนวนผู้ป่วย ได้ทำ PCNL	๕๖	๑๐๕	๗๐	๘๕
จำนวนผู้ป่วยทำ ICD	๕	๑	๓	๑
จำนวนผู้ป่วยเกิด Bleeding	๖	๐	๐	๐
จำนวนผู้ป่วยเข้า ICU	๖	๙	๔	๒
จำนวนผู้ป่วย Readmit PCNL ภายใน ๒๘ วัน	๓	๐	๒	๐

การจัดการกระบวนการ (Process Management) CA BREAST

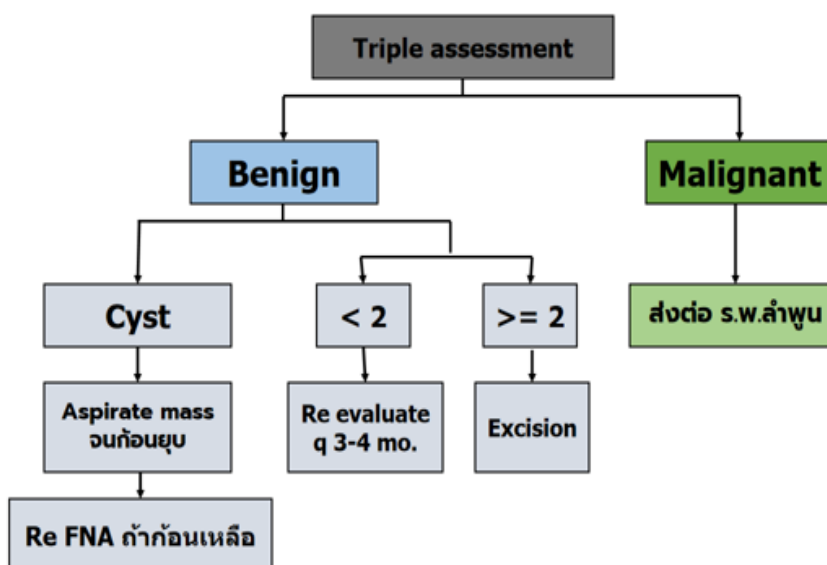
กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Access & entry	คัดกรองและคัดค้านหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น	๑.ขนาดก้อนเฉลี่ยของมะเร็งเต้านม (ซม) <๒ ๒. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ ๑และระยะที่ ๒ ≥๗๐	ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
Assessment	จัดทำ CPG Breast mas s และ CA Breast มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยทุกราย โดยนำมาใช้ในทุกรพช.	ระยะเวลาในการส่งต่อของ รพช. หลังการตรวจพบ (วัน) ≤ ๑๔	การปฏิบัติตาม CPG และการเสนอแนะปัญหาในการใช้
Care	๑.Patient Identification: Surgery ,Chemotherapy ๒.Wound infection	จำนวนการเกิดอุบัติการณ์	๑. patient identification : marker for Surgery ๒.ส่งพยาบาลเข้ารับการอบรมการให้ยาเคมีบำบัด ๓. มีเภสัชกรผู้รับผิดชอบเรื่องยาเคมีบำบัดโดยตรง ๔. มีการสร้างนวัตกรรมคือกล่องบริหารยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
Discharge planning	ทีมสหวิชาชีพ	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา <๑	๑.แนวทางในการสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายชัดเจน ๒. การประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยทุกราย

Information & Empowerment	Network Health education Training	ร้อยละระยะเวลาการรอคอยการรักษาผ่าตัด เคมีบำบัดและรังสีรักษา ≥ 80	๑.จัดทำแนวทางในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย สอนสุขศึกษาในการดูแลตนเอง ๒.จัดทำกลุ่ม Group support
Continuity of care	Intermediate care HHC, Follow up	ร้อยละของการส่งต่อ รพช. เพื่อรับยาต้านฮอโมน และติดตามการรักษา ร้อยละของการส่งเยี่ยมบ้าน = 100	พัฒนาเครือข่ายมะเร็งเต้านมในจังหวัดลำพูน การพัฒนาทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator) CA Breast



แนวทางการวินิจฉัยก่อนที่เต้านม



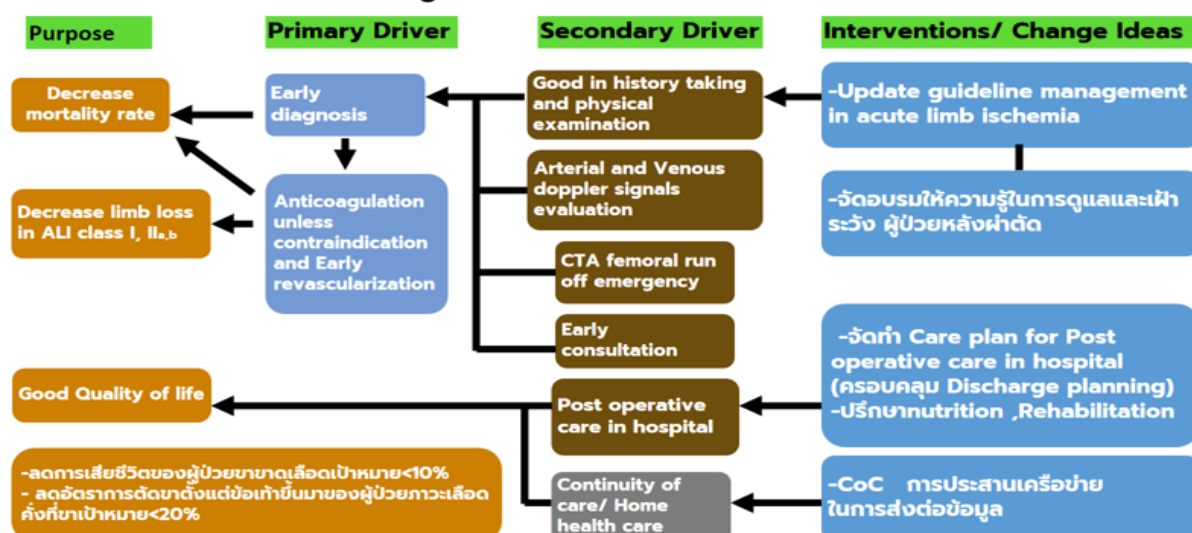
ผลลัพธ์การพัฒนา CA BREAST

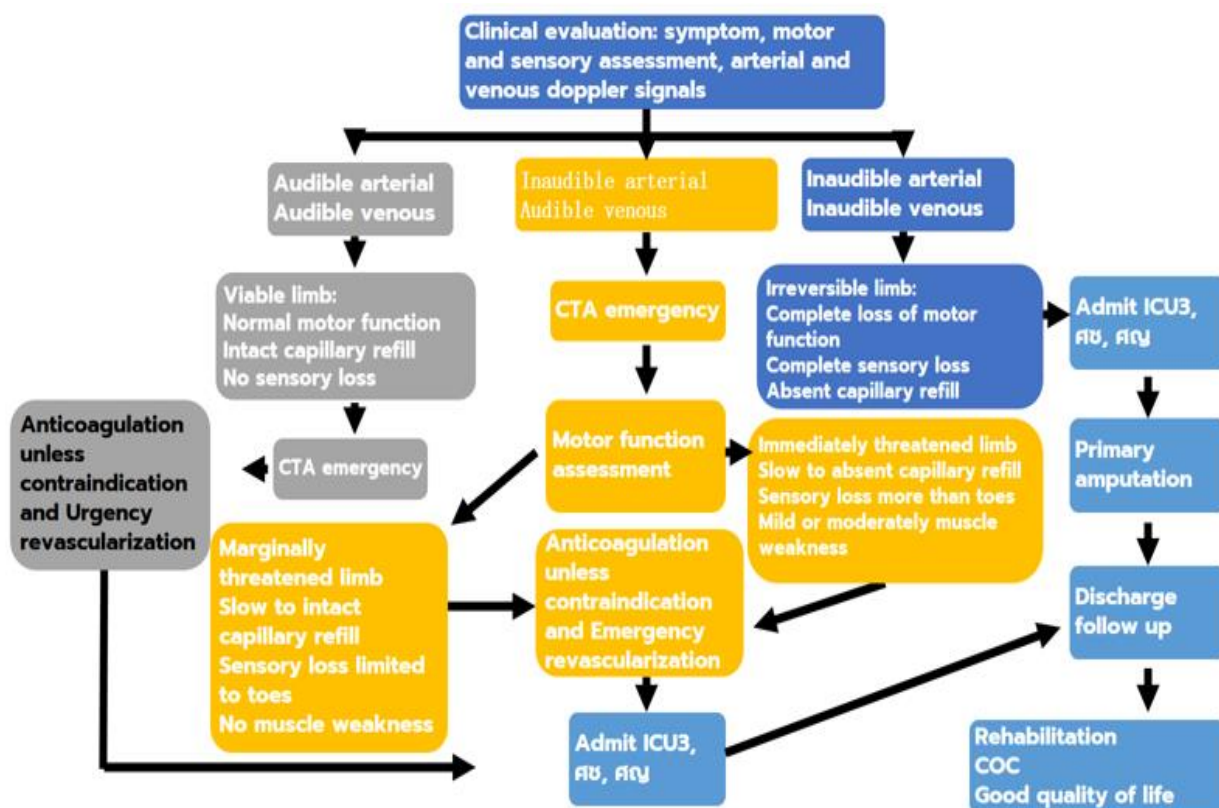
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑.จำนวนผู้ป่วยมีก้อนที่เต้านม (คน)	-	๒,๐๕๐	๒,๓๓๐	๑,๓๙๐	๑,๒๘๐	๑,๓๒๐	๕๘๐	๑,๓๙๐	๑,๒๕๔
๒.จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบมะเร็งเต้านม(คน)	-	๑๐๘	๒๑๖	๗๕	๑๑๔	๑๒๒	๗๓	๑๑๒	๖๖
๓.ขนาดก้อนเฉลี่ยของมะเร็งเต้านม (ซม)	< ๒	๓.๒๕	๔.๒๑	๓.๐๗	๔.๑	๓.๗๙	๓.๘๒	๓.๘๖	๓.๓๙
๔.ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ๑และระยะ๒	≥ ๗๐	๖๙.๓๙	๕๙.๘๑	๗๗.๗๘	๕๗	๖๑.๘	๕๙.๔๓	๖๗.๖๘	๖๐.๕๓
๕.ระยะเวลาในการส่งต่อของ รพช. หลังการตรวจพบ (วัน)	≤ ๑๔	๘	๖	๖	๗	๗	๗	๗	๗
๖.ระยะเวลารอคอยผ่าตัดน้อยกว่า ๔ สัปดาห์	≥ ๘๐	๘๗.๗๖	๘๓.๗๒	๗๓.๖๘	๗๖.๑๖	๘๒.๓	๗๑.๐	๗๔.๒๓	๘๒.๘๖
๗.ระยะเวลารอคอยการให้ยาเคมีบำบัดน้อยกว่า ๖ สัปดาห์ (ร้อยละ)	≥ ๘๐	๘๓.๓๓	๙๐.๒๔	๙๗.๒๐	๘๔.๑๔	๙๒.๖๖	๙๖.๕๕	๑๐๐.๐๐	๙๘.๔๔
๘.ระยะเวลารอคอยการฉายรังสีน้อยกว่า ๖ สัปดาห์ (ร้อยละ)	≥ ๘๐	๑๐๐	๘๒.๕๐	๑๐๐	๙๕.๘๓	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐
๙.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยาเคมีบำบัด (ร้อยละ)			๐.๔๖		๐	๐			
- Extravasation	< ๑	๐	(๑)	๐	๑.๓๖	๐.๘๑	๐	๐	๐
- Hypersensitivity	< ๑	๐	๐	๐	(๑)	(๗/๘๖๐)	๐	๐.๑๙	๐
- Dead	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๑๐.ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับดูแลต่อเนืองยัง รพช.	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๑๑. อัตราการรอดชีพ ๕ ปี	(ปี ๖๐ ๖๕ .๐๖)					๗๐.๓๘			

การจัดการกระบวนการ (Process Management) Acute Limb Ischemia

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Access & entry	Early diagnosis	จำนวนผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยภาวะ ขาขาดเลือดที่เพิ่มขึ้น	จัดอบรมให้ความรู้ในการวินิจฉัย และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาขาดเลือด
Assessment	Severities of limb ischemia	จำนวนผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัย ภาวะ ขาขาดเลือดแยกตามระดับความรุนแรง	จัดอบรมให้ความรู้ในการวินิจฉัย และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาขาดเลือด
Care	Anticoagulation unless contraindication and Early revascularization	- อัตราการถูกตัดขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นมาของผู้ป่วยภาวะขาขาดเลือดที่ < ๒๐% - Mortality rate < ๑๐ %	พัฒนาระบบการปรึกษา การให้การรักษาระเบียบที่ รพช. และการส่งต่อที่รวดเร็ว
Discharge planning	ทีมสหวิชาชีพ	- อัตราแผลผ่าตัดติดเชื้อ - การติดตามการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin รับประทาน (ติดตามระดับ INR)	Multi disciplinary team Care giver Rehabilitation pharmacy
Information & Empowerment	-Health education -Network Information	อัตราผู้ป่วย readmission and re visit ใน ๒๘ days	- การบริหารโดย case manager - Human - center design
Continuity of care	HHC Follow up	อัตราการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ ๘๐	case manager Family - center design

Driver Diagram Acute Limb Ischemia

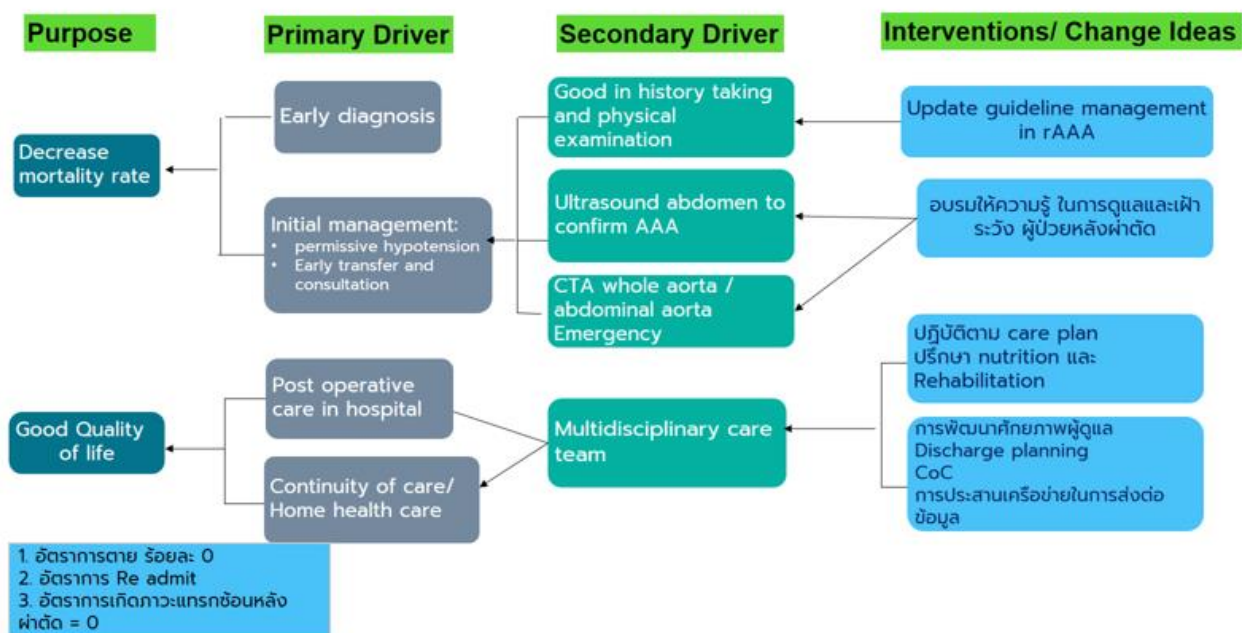




ผลลัพธ์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน	<ร้อยละ ๑๖	๐	๙.๐๙	๒.๓๘ (๒/๒๖)	๐.๐๐	๐.๐๐ (๐/๓๒)	๒.๒๒ (๑/๔๕)
๒. ร้อยละของการถูกตัดขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นมาของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขา	<ร้อยละ ๑๐	๑๓.๔๔ (๓/๒๓)	๑๘.๑๘ (๓/๓๓)	๑๘.๔๕ (๗/๒๙)	๐.๐๐	๑๘.๗๕ (๖/๓๒)	๔.๔๔ (๒/๔๕)

Driver Diagram Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm



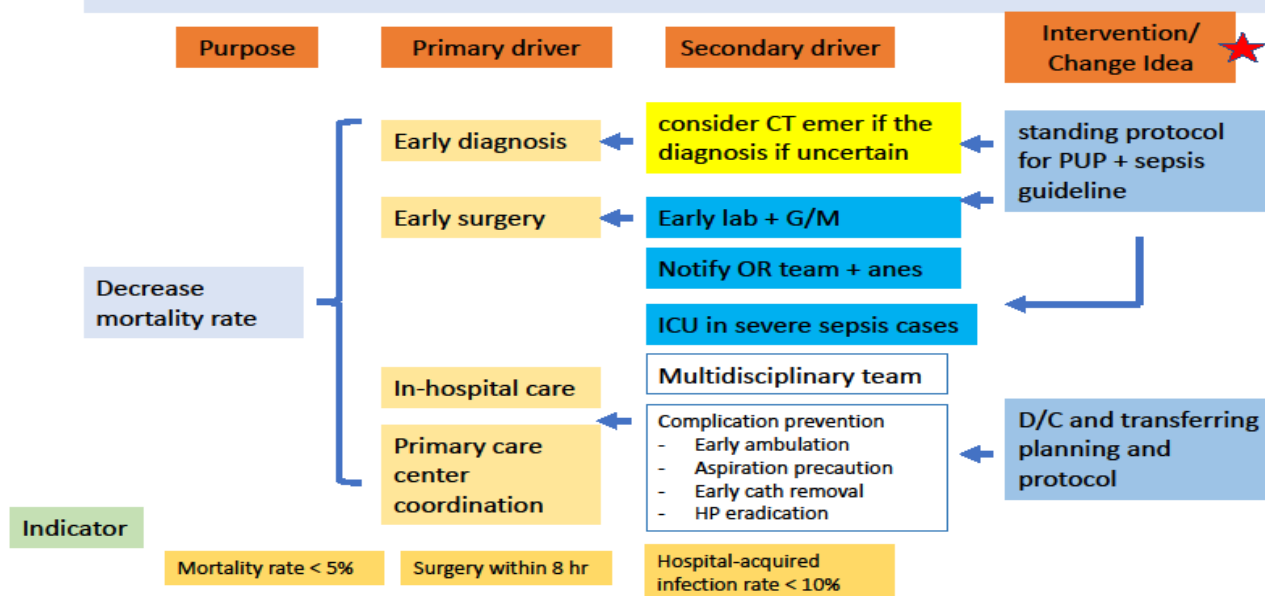
ผลการดำเนินงาน Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm (AAA)

	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
จำนวนผู้ป่วย	๑๑	๑๓	๓๓	๒๗	๒๓	๓๐
อัตราการเสียชีวิต (จำนวน/อัตรา)	๑/๙.๐๙	๑/๗.๖๙	๓/๙.๐๙	๒/๗.๔๐	๒/๘.๖๙	๓/๑๐.๐
Refer out	๑	๐	๐	๐	๓	๑๔
Refer back	๑	๐	๒	๐	๒	๓
อัตราการ Re-admit	๐	๐	๐	๐	๐	๖
สถิติการผ่าตัด AAA	๗	๖	๙	๑๑	๑๒	๘

การจัดการกระบวนการ (Process Management) Peptic Ulcer Perforation

Process	Process Requirement	Measure	Process Design
Access & entry	ปวดท้องเฉียบพลัน	ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการ และ admit observe abdominal sign เมื่อจำเป็น	Precise knowledge and skill
Assessment	Proper evaluation	ได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง > 85%	
Care	ให้การรักษาย่างถูกต้องเหมาะสม	Early ABO w/in 1 hr Early surgery w/in 8 hr Early CT scan if indicated	PUP protocol
Discharge planning	Multidisciplinary	ใช้ระบบการส่งผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อ >	Transferring form for PUP with

เป้าหมาย ปัจจัย ขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator)



	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
จำนวนผู้ป่วย	๑๒๓	๑๓๔	๑๐๗	๑๓๒	๙๕	๙๐	๖๖
อัตราการตาย	๕.๖๙ (๗/๑๒๓)	๓.๗๓ (๕/๑๓๔)	๑.๘๗ (๒/๑๐๗)	๓.๐๓ (๔/๑๓๒)	๔.๒๑ (๔/๙๕)	๕.๕๕ (๕/๙๐)	๑๒.๑๒ (๘/๖๖)

ที่มา : กลุ่มงานศัลยกรรมและศัลยกรรมอุบัติเหตุ

◆ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

๑. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

หอผู้ป่วยเด็กให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กด้วยความรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยปลอดภัย และผู้ใช้บริการพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการบริการ (Scope of service)

ให้บริการรักษาพยาบาลเด็กอายุ ๐-๑๕ ปี ที่มีความเจ็บป่วยทางอายุรกรรม และผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า ๒ ปี ด้าน ENT และ Neuro ทั้งเพศหญิงและเพศชาย นอกจากนี้ช่วยตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก ที่ Well baby clinic ทุกวันศุกร์ และช่วยตรวจประเมินส่งเสริมผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการช้า ที่ High Risk Clinic ทุกวันพฤหัสบดี

มีเตียงรับผู้ป่วยจำนวน ๓๐ เตียง ประกอบด้วย เตียงสามัญ ๒๕ เตียง, เตียงพิเศษ ๕ เตียง, ห้องแยกสำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ๑ ห้อง และห้องทำหัตถการ ๑ ห้อง

มีกุมารแพทย์ทั้งหมด ๘ คน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ ๓ คน, กุมารแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด ๒ คน, กุมารแพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อ ๑ คน, กุมารแพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินหายใจ ๑ คน และกุมารแพทย์เฉพาะทางพัฒนาการเด็ก ๑ คน

กลุ่มโรคที่สำคัญ

๑. Pneumonia
๒. Thalassemia
๓. AGE
๔. Neonatal jaundice
๕. Febrile Convulsion

ค. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

ลูกค้าภายนอก	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วยและญาติ	- ต้องการหายหรือทุเลาจากการเจ็บป่วย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน - ได้รับบริการที่เท่าเทียม ตามมาตรฐานวิชาชีพ รวดเร็ว - ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำเนินโรคและแผนการรักษาพยาบาล มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแผนการรักษากรณีที่มีทางเลือกหลายทาง - เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเป็นมิตร ยิ้มแย้ม พุดจาสุภาพ ไพเราะ - มีสิ่งแวดล้อมสะอาด เป็นสัดส่วน สวยงาม มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน - มีการสื่อสาร ให้ข้อมูลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่อง
เครือข่าย	- ได้รับการประสานงานอย่างเป็นระบบและส่งต่อข้อมูลถูกต้อง

ลูกค้าภายใน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน	- การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ มีความร่วมแรงร่วมใจ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และมีความสุขในการทำงาน - ให้เกียรติ เคารพ มีความเข้าใจในบทบาทและบริบทซึ่งกันและกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน - มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน - ได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กและให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ - ต้องการสถานที่ทำงานที่สะอาด สวยงามและปลอดภัย
แพทย์	- การประสานงานที่ถูกต้อง ครบถ้วน - ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจนและบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน อย่างมีประสิทธิภาพ - ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว - มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย ประเมินอาการและคาดการณ์ปัญหาได้ถูกต้อง - รายงานปัญหาให้ทราบในเวลาที่เหมาะสม
เภสัชกร	- มีการบริหารยาในหอผู้ป่วยอย่างถูกต้อง, ได้รับใบคำสั่งยาที่ถูกต้องชัดเจน - มีการประสานงานที่รวดเร็ว เป็นระบบ
ห้องปฏิบัติการ	- เก็บ specimen ได้ถูกต้อง - specimen และใบส่งตรวจ ถูกต้อง ตรงกัน ชัดเจน - มีการประสานงานที่รวดเร็ว เป็นระบบ
แผนกรังสี	- เอกสารส่งตรวจ ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน - เตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการส่งตรวจและให้ข้อมูลแก่ญาติ ถูกต้อง เหมาะสม - มีการประสานงานที่ดี มีระบบ
หอผู้ป่วยอื่นที่เกี่ยวข้อง (เช่น NICU/PICU, ER, OPD, หลังคลอด, พิเศษ ฯลฯ)	- มีการประสานงานที่ดี มีระบบ ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน - มีการส่งมอบเอกสารและสิ่งของที่เกี่ยวข้อง ถูกต้อง ครบถ้วน - ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีน้ำใจ - ให้เกียรติ, เคารพ, ความเข้าใจบริบทซึ่งกันและกัน
หน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง (เช่น ซักฟอก, ศูนย์จ่ายกลาง, ฯลฯ)	- มีการประสานงานที่ดี มีระบบ ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน - มีการส่งมอบเอกสารและสิ่งของที่เกี่ยวข้อง ตรงตามข้อตกลง ถูกต้อง ครบถ้วน - ให้เกียรติ, เคารพ, ความเข้าใจบริบทซึ่งกันและกัน

● ความต้องการในการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่สำคัญ

หน่วยงาน	ความต้องการในการประสานงานภายใน
LAB	- มี tube เก็บตัวอย่างส่งตรวจเฉพาะของเด็ก - มีช่องทางด่วนสำหรับส่งตรวจ Lab ของเด็ก กรณีที่จำเป็น - มีการรายงาน Lab. วิกฤติ
X-RAY	- มีช่องทางการให้บริการเฉพาะผู้ป่วยเด็ก
เภสัชกร	- มีการตรวจสอบ dose ยาที่แพทย์สั่ง - มีการจัดเตรียมยา Small dose และยาน้ำสำหรับเด็ก - มีการ Bedside Counseling ในเรื่อง การใช้ยาพ่น MDI, G6PD Deficiency
กายภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด	- การสอนและประเมินการเคาะปอด การกระตุ้นทารกที่มีปัญหาการดูดกลืน แจ้งผลให้ หัวหน้าเวรทราบ
เวชกรรมสังคม	- เด็กที่ส่งเยี่ยมบ้าน มีการเยี่ยมเด็กที่หน่วยงานก่อนกลับบ้าน
สังคมสงเคราะห์	- มีการตรวจสอบสิทธิที่หน่วยงานทุกวัน และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษา
ช่างซ่อมบำรุง	- ให้บริการซ่อมบำรุงเครื่องมือให้พร้อมใช้งานเชิงรุก

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมาน ญาติได้รับการเสริมพลังและข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต รวมถึงได้รับการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องและมีความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ (สอดคล้องกับแผนความเสี่ยงและ Risk Profile)

● ความท้าทาย :

๑. ผู้ป่วยไม่มีอาการทรุดหนัก/ย้ายไปหน่วยวิกฤตโดยไม่คาดการณ์
๒. ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อกจากไข้สูงในโรงพยาบาล
๓. อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป = ๐
๔. พฤติกรรมบริการดี
 - ข้อร้องเรียน = ๐
 - อัตราความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล ร้อยละ ≥ 80

● ความเสี่ยงสำคัญ

๑. ความคลาดเคลื่อนทางยา
๒. ภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำและการคาเข็มทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย
๓. สิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่มีสิ่งส่งตรวจ
๔. การระบุตัวผิดพลาด

● จุดเน้นในการพัฒนา : นำความเสี่ยงสำคัญมาพัฒนาวางระบบ/แนวทางให้ดีขึ้น/ผลลัพธ์

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๑	ความคลาดเคลื่อนทางยา	- บันทึกน้ำหนักผู้ป่วยในใบ Order - ตรวจสอบ order แพทย์ ก่อน FAX ไปห้องยา - นำยามา Double Check กับ order แพทย์และเซ็นชื่อกำกับทุกครั้ง ก่อนเก็บยาเข้าล็อกผู้ป่วย ▪ กรณี เวิร์เข้า ได้ sticker ยามาไม่ครบ ให้ปริ้น sticker อันเล็กจากโปรแกรม MAR ออกมาก่อนแล้วเซ็นชื่อกำกับไว้ และให้ตาม sticker ยาจากห้องยา ▪ “เราจะไม่ยอมให้ยา ถ้าใน sticker ยาไม่มีลายเซ็นการ Check ยา” ▪ กรณีผู้ป่วยรับใหม่ที่ยายังไม่มา ให้เจ้าหน้าที่ส่งเวิร์ให้เวิร์ต่อไป Double Check ยาก่อนเก็บยาเข้าล็อก - Order for one day ▪ Incharge เขียน Off ยาใน Mar sheet ▪ ผู้ปริ้น Mar sheet เขียน //ครบ ใน Mar sheet - ป้อนคำว่า Mar ในใบ Order กรณีที่ปริ้น Mar Sheet แล้ว - ตรวจสอบ Mar Sheet กับ order ก่อนเก็บเข้าแฟ้ม - มีแนวปฏิบัติการจัดแจกยา, Stat Drug, Drug Reconcile - ก่อนการให้สารน้ำกับผู้ป่วย ให้มีการ Double Check ป้าย IVF กับ Order แพทย์ โดยพยาบาล ๒ คนและเซ็นชื่อกำกับตรงช่องผู้ให้สารน้ำกับผู้ตรวจสอบ, Incharge round IV หลังรับเวิร์-ลงเวิร์ - การ Identify	- ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E ขึ้นไป = ๐
๒	สิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่มีสิ่งส่งตรวจ - key lab ผิดคน	- Double check โดย Member ๒ print ใบ Lab ออกมาและเซ็นชื่อกำกับแล้วให้ RN อีกคน Double check และเซ็นชื่อกำกับ - กรณี Lab: UA, UC, Stool exam ที่ยังเก็บ specimen ไม่ได้ และ Lab ที่แพทย์สั่งติดต่อกันหลายวัน เช่น Sputum for TB, Sputum C/S	- อุบัติการณ์ ▪ key lab ผิดคน = ๐ ▪ ส่ง Lab ผิดจากที่แพทย์สั่ง, ไม่ได้ส่ง = ๐

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
	- ส่ง Lab ผิดจากที่แพทย์สั่ง, ไม่ได้ส่ง	ให้ print ใบ Lab ไว้ล่วงหน้าแล้วเอาเก็บไว้ใน chart ผู้ป่วย	
๓	ภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำและการคาเข็มทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	- มีแนวปฏิบัติ - สอน, ฝึกทักษะให้เจ้าหน้าที่ใหม่ - ประเมิน นิเทศ ติดตาม การปฏิบัติเจ้าหน้าที่ทุกระดับ โดยหัวหน้าเวร, หัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นประจำ - ทบทวนอุบัติการณ์และแก้ไขพัฒนา	- อุบัติการณ์ระดับ D ขึ้นไป = ๐
๔	การระบุตัวผิดพลาด	- มีแนวทางการระบุตัว โดยยืนยันอย่างน้อย ๓ สิ่งเน้น ๑. ถาม : ชื่อ นามสกุล อายุ ของผู้ป่วย ๒. คู่มือข้อมือ ๓. เอกสารที่เกี่ยวข้อง	- อุบัติการณ์ระดับ C ขึ้นไป = ๐
๕	ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจได้รับการดูแลไม่เหมาะสม	- พัฒนาทักษะในการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ Early Warning signs และใช้แบบประเมิน C CHEWS score - พัฒนาทักษะ Respiratory care และการประเมินภาวะ Secretion obstruction - จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ทำนวัตกรรม”เสื้อกั๊กหมี” สำหรับให้ญาติใส่อุ้มผู้ป่วยขณะพ่นยา ทำให้การพ่นยามีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา	- อุบัติการณ์ ▪ ผู้ป่วยย้ายไปหน่วยวิกฤตโดยไม่คาดการณ์ = ๐ ▪ ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักโดยไม่คาดการณ์ = ๐

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพข้อจำกัด

● ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

หัวข้อปริมาณงาน	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘			
						ไตรมาส ๑ (ตค-ธค)	ไตรมาส ๒ (มค-มีค)	ไตรมาส ๓ (เมย-มิย)	ไตรมาส ๔ (กค-กย)
จำนวนผู้ป่วย	๓,๖๒๙ ราย	๒,๙๐๓ ราย	๒,๕๗๖ ราย	๓,๔๓๔ ราย	๓,๙๕๗ ราย	๑,๔๒๕ ราย			
จำนวนวันนอน	๗,๔๘๔	๕,๘๑๗	๕,๒๐๔	๖,๕๕๗	๘,๔๖๘	๓,๒๐๘			
อัตราครองเตียง	๖๗.๙๐	๕๓.๒๕	๔๗.๖๘	๖๙.๔	๗๗.๒๗	๙๑.๖๒			
LOS	๒.๐๕	๑.๙	๑.๘๓	๒	๒.๑๓	๒.๓			

หัวข้อ ปริมาณงาน	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘			
						ไตรมาส ๑ (ตค-ธค)	ไตรมาส ๒ (มค-มีค)	ไตรมาส ๓ (เมย-มิย)	ไตรมาส ๔ (กค-กย)
Productivity	๘๗.๙๓	๗๖.๓๑	๗๐.๔๙	๘๖.๔๗	๙๔.๘๙	๑๐๘.๓๗			
จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ									
- Thalassemia	๘๕๙ ราย (๒๓.๖๗%)	๗๘๔ ราย (๓๓.๐๐%)	๗๓๒ ราย (๒๘.๔๒%)	๗๔๙ ราย (๒๑.๘๑%)	๖๖๘ ราย (๑๖.๘๗%)	๑๔๗ (๑๐.๓๒%)			
- Pneumonia	๓๐๕ ราย (๘.๔๐%)	๑๗๗ ราย (๗.๕%)	๑๕๕ ราย (๖.๒๕%)	๔๒๗ ราย (๑๒.๔๓%)	๔๕๓ ราย (๑๑.๔๔%)	๑๖๖ ราย (๑๑.๖๕%)			
- AGE	๑๙๙ ราย (๘.๒๕%)	๑๘๐ ราย (๗.๖๔%)	๑๘๑ ราย (๘.๒๕%)	๔๑๖ ราย (๑๒.๑๑%)	๕๐๔ ราย (๑๒.๗๓%)	๑๒๓ ราย (๘.๖๓%)			
- Neonatal jaundice	๕๖๖ ราย (๑๕.๖๐%)	๓๖๘ ราย (๑๕.๔๐%)	๒๙๔ ราย (๑๑.๔๑%)	๓๐๔ ราย (๘.๘๕%)	๑๖๖ ราย (๖.๓๓%)	๓๕ (๒.๔๖%)			
- AFI	๑๘๗ ราย (๕.๑๕%)	๑๔๘ ราย (๖.๒%)	๑๑๐ ราย (๔.๕๑%)	๒๒๔ ราย (๖.๕๓%)	๑๑๑ ราย (๔.๒๓%)	๑๖ (๓.๕๘%)			

● **ด้านบุคลากร**

กุมารแพทย์ *	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	คนงาน
๘ คน	๑๓ คน	๑ คน	๓ คน	เวียน ๑ คน/เวร

หมายเหตุ * กุมารแพทย์ ประกอบด้วย กุมารแพทย์ ๒ คน, กุมารแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด ๒ คน, กุมารแพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อ ๑ คน, กุมารแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินหายใจเด็ก ๑ คน และกุมารแพทย์เฉพาะทางพัฒนาการเด็ก ๑ คน

- มีข้อจำกัดในการรักษาโรคมะเร็ง โรคต่อมไร้ท่อที่ต้องการการตรวจ Lab ที่ซับซ้อน โรคหัวใจชนิดเขียว
- การจัดอัตรากำลังของทีมการพยาบาล จำแนกเป็น เวรเช้า ๓-๔ เวรบ่าย ๒-๓ และเวรดึก ๒-๓
- การเสริมอัตรากำลัง ดึงพยาบาลเวรละ ๑ คน เมื่อยอดผู้ป่วยเกิน ๒๕ คน

● **เครื่องมือ เทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ**

รายการ	จำนวนอุปกรณ์เครื่องมือที่สำคัญ					
	ปีงบ ๖๓	ปีงบ ๖๔	ปีงบ ๖๕	ปีงบ ๖๖	ปีงบ ๖๗	ปีงบ ๖๘
Pulse Oximeter	๑	๑	๑	๑	๑	๑
Monitor EKG	๑	๑	๑	๑	๑	๐ *
Monitor oxygen sat and NIBP	๒	๒	๒	๒	๒	๒
Syringe Pump	๒	๒	๒	๒	๒	๒
Photo	๙	๑๓	๑๐	๑๐	๑๐	๘
เครื่องตรวจหู (OAE)	๐	๐	๑	๑	๑	๑

หมายเหตุ * รอจัดซื้อในแผนการจัดซื้อจัดจ้างด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘
จำนวน ๒ เครื่อง

๒. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๑. การเตรียมความพร้อม ๑.๑ เตรียมสถานที่ ๑.๒ เตรียมอุปกรณ์ ๑.๓ เตรียมเจ้าหน้าที่ ๑.๔ จัดลำดับความรุนแรง ๑.๕ Patient Identification ๑.๖ ให้ข้อมูลทั่วไป ๑.๗ ลงนามยินยอมรับการ รักษา	- มีอุปกรณ์เพียงพอและพร้อมใช้งาน - ผู้ป่วยได้รับความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย - ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหา, ระดับความรุนแรงและได้รับการ รักษาพยาบาลในเวลาที่เหมาะสม ถูกต้อง ถูกคน - ผู้ป่วย/ญาติได้รับข้อมูลการ เจ็บป่วยก่อนลงนามยินยอมรับการ รักษาและปฏิบัติตัวขณะอยู่ โรงพยาบาล	- เตรียมอุปกรณ์ Unit เตียงให้เหมาะ สมกับประเภทผู้ป่วย - พยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อ มาถึง ward ภายใน ๕ นาที - อัตราการระบุตัวผิดพลาด
๒. ประเมินและวินิจฉัยโรค ๒.๑ การซักประวัติ ๒.๒ การตรวจร่างกาย ๒.๓ การชันสูตร ๒.๔ ตรวจรังสี ๒.๕ Investigate อื่นๆ ๒.๖ การวินิจฉัยโรค ๒.๗ วินิจฉัยปัญหา	- มีการใช้กระบวนการพยาบาล ประเมินวางแผน เพื่อตอบสนองความ ต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย แต่ละราย	- ให้การรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน วิชาชีพ และตามแนวทางการรักษา - การตรวจรักษา การส่งส่งตรวจ ตรวจ และผลการตรวจถูกต้อง เชื่อถือได้
๓. การวางแผน ๓.๑ การวางแผนของแต่ละ วิชาชีพ ๓.๒ การประสานแผน ๓.๓ การมีส่วนร่วม ๓.๔ ส่งการรักษา ๓.๕ การมอบหมายความ รับผิดชอบ	- เฝ้าระวังอาการ การเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยพร้อมทั้งสามารถรายงานเพื่อ ได้รับการแก้ไขปัญหาได้ทันที - ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง จากสหวิชาชีพ - ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมและเข้าใจ ถึงการวางแผนการดูแลรักษาของทีม	- อุบัติการณ์ผู้ป่วยหลุดหนักโดยไม่ คาดการณ์ - อุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการ ให้ยา - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน - อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล - จำนวนข้อร้องเรียน - อัตราให้เลือดผิด
๔. แลดูแลรักษารักษา ๔.๑ การแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน ๔.๒ การให้ยา ๔.๓ การรักษาพยาบาล ๔.๔ หัตถการอื่นๆ ๔.๕ การดูแลอื่นๆ	- ผู้ป่วยได้รับการประเมิน คั่นหาและ แก้ไขปัญหาได้เหมาะสม - ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	- ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและมี การป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของ หน่วยงาน - มีการประสานงาน/การสื่อสารที่มี คุณภาพ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๕. การประเมินซ้ำ ๕.๑ การเฝ้าระวัง ๕.๒ การรายงาน ๕.๓ การตรวจเยี่ยม ๕.๔ สั่งเคราะห์ข้อมูล	- ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม	- มีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - มีการตรวจประเมินผลการรักษา และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
๖. กิจกรรมชุมชน ๖.๑ การบันทึก ๖.๒ ให้ข้อมูล ๖.๓ วางแผนจำหน่าย ๖.๔ การตรวจสอบสิทธิ	- บันทึกทางการพยาบาลแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นเครื่องมือสื่อสารในทีมสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการดูแล และสามารถใช้เป็นเอกสารอ้างอิงทางกฎหมายได้ - มีการให้ข้อมูลผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ตลอดจนแผนการรักษาของแพทย์ - ผู้ป่วยรับทราบสิทธิของตนเอง และได้รับการตรวจสอบสิทธิถูกต้อง	- อัตราการ Audit เวชระเบียน > ๘๐ % - เป็นข้อมูลสื่อสาร กับสหสาขาวิชาชีพ
๗. การจำหน่าย การดูแลที่บ้าน ๗.๑ การเตรียมการดูแลที่บ้าน ๗.๒ การมาตรวจตามนัด ๗.๓ การเยี่ยมบ้าน ๗.๔ การส่งต่อ	- มีแนวทางในการวางแผนการจำหน่าย - ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเองภายหลังจำหน่ายได้ - ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม จากทีมสหสาขาวิชาชีพ - ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ได้รับการดูแล จากทีมสุขภาพ - ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตสังคมได้รับการให้คำปรึกษา - ทารกได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่	- อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน ๒๘ วันด้วยโรคเดิม - จำนวนการส่ง HHC

๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

รายการ	เป้าหมาย	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘ (ศกศ.วท)
หมวดที่ ๑ คุณภาพการให้การดูแลทางคลินิก							
โรค Thalassemia - Pretransfusion Hct>๒๗% หรือ Hb > ๙ g/dl	≥ ๒๐ %	๓๒.๐๗	๓๕.๔๔	๒๙.๙๒	๒๗.๙๘	๕๐.๑๓	
- Serum ferritin ลดลง ๑๕ %	≥ ๒๐ %	๒๒.๖๔	๕๐	๒๙.๙๒	๒๘.๗๒	๖๐.๔๖	
- อัตราการได้รับ LPRC	≥ ๙๐ %	๙๕.๘	๙๓.๑	๙๗.๘	๙๙.๒	๑๐๐	
อัตรา Re admit โรค Neonatal jaundice	< ๒๐ %	๕.๖๕ % (๓๒ ราย)	๔.๘๙ % (๑๘ ราย)	๕.๗๘ % (๑๗ ราย)	๕.๙๒ % (๑๘ ราย)	๒.๔๑ % (๔ ราย)	๕.๗๑ % (๒ ราย)
ผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์ (ราย)	๐	๓	๒	๐	๐	๐	๐
ผู้ป่วยย้ายไปหน่วยวิกฤตโดยไม่คาดการณ์ (ราย)	๐	๓	๑	๐	๐	๐	๐
อัตราภาวะน้ำเกินผู้ป่วยใช้เลือดออก	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ชักซ้ำ (ในโรงพยาบาล) (ราย)	๐	๔	๓	๒	๗	๑	๒
อุบัติการณ์การระบุตัวผิด ระดับ E ขึ้นไป (ครั้ง)	๐	๑	๑	๐	๐	๐	๐
ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ E ขึ้นไป (ครั้ง)	๐	๒	๐	๐	๐	๐	๐
การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ (ครั้ง)	๐	๒	๑	๑	๐	๐	๐
หมวดที่ ๒ คุณภาพการบริการ							
จำนวนไม่สมัครอยู่ไปรักษาต่อที่อื่น เนื่องจากไม่พึงพอใจ (ราย)	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
จำนวนข้อร้องเรียน (ครั้ง)	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย	> ๘๐ %	๘๔	๘๗	๘๘	๘๒.๑๒	๘๕.๖๓	๘๑.๘๕
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	> ๘๐ %	๘๔	๘๓	๘๘	๘๕	๙๐	๘๗.๕๗
การพัฒนางาน ๕ ส (%)	> ๘๐ %	๘๗	๘๕	๙๑	๙๖	๘๙	

❖ สรุปผลการดำเนินงาน

- **คุณภาพการดูแลทางคลินิกส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด** คุณภาพการดูแลที่หน่วยงานต้องพัฒนาคือ
 ๑. ผู้ป่วยชักซ้ำในโรงพยาบาล
 ๒. การดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ
 ๓. อัตรา Re admit โรค Neonatal jaundice อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด แต่มีโอกาสพัฒนาในประเด็นการ Re admit โรค Neonatal jaundice เนื่องจากได้รับนมไม่เพียงพอ
- **คุณภาพการบริการอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด** แต่ยังพบโอกาสพัฒนา เรื่อง
 - ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการพยาบาล

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์														
๑	พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Pneumonia ในเด็ก - ป้องกันภาวะ Respiratory Failure	- จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยรายโรค : โรค Pneumonia ในเด็ก ประกอบด้วย ▪ ความรู้เรื่องโรค Pneumonia ในเด็ก ▪ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่าย ▪ ความรู้และทักษะการเคาะปอด, การ Suction secretion ในเด็ก ▪ การบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค Pneumonia - พัฒนาทักษะการใช้ HHHFNC - จัดประชุมอบรมให้ความรู้เรื่อง Respiratory Care โดยกุมารแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินหายใจเด็ก - นวัตกรรมเบาะและหมอนรองเคาะปอด เพื่อง่ายต่อการจัดทำผู้ป่วย - นวัตกรรมเสื้อกัก Hug me สำหรับพ่นยากรณีเด็กเล็ก เพื่อง่ายต่อการจัดทำผู้ป่วย	ผู้ป่วยไม่มีอาการทรุดหนัก/ย้ายไปหน่วยวิกฤตโดยไม่คาดการณ์ <table><tr><th>ปีงบประมาณ</th><th>จำนวน</th></tr><tr><td>๒๕๖๓</td><td>๓</td></tr><tr><td>๒๕๖๔</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒๕๖๕</td><td>๐</td></tr><tr><td>๒๕๖๖</td><td>๐</td></tr><tr><td>๒๕๖๗</td><td>๐</td></tr><tr><td>๒๕๖๘</td><td>๐</td></tr></table>	ปีงบประมาณ	จำนวน	๒๕๖๓	๓	๒๕๖๔	๑	๒๕๖๕	๐	๒๕๖๖	๐	๒๕๖๗	๐	๒๕๖๘	๐
ปีงบประมาณ	จำนวน																
๒๕๖๓	๓																
๒๕๖๔	๑																
๒๕๖๕	๐																
๒๕๖๖	๐																
๒๕๖๗	๐																
๒๕๖๘	๐																
๒	การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะไข้ - ป้องกันภาวะชักจากไข้สูง	- เจ้าหน้าที่ทุกระดับสามารถเช็ดตัวลดไข้ได้ถูกวิธี - จัดทำแผนนิเทศการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะไข้ ประกอบด้วย ▪ ความรู้เรื่อง ภาวะไข้ในเด็ก ▪ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ ภาวะไข้	- ผู้ป่วยมีภาวะชักจากไข้สูงในโรงพยาบาล <table><tr><th>ปีงบประมาณ</th><th>จำนวน</th></tr><tr><td>๒๕๖๓</td><td>๔</td></tr><tr><td>๒๕๖๔</td><td>๓</td></tr><tr><td>๒๕๖๕</td><td>๒</td></tr><tr><td>๒๕๖๖</td><td>๗</td></tr></table>	ปีงบประมาณ	จำนวน	๒๕๖๓	๔	๒๕๖๔	๓	๒๕๖๕	๒	๒๕๖๖	๗				
ปีงบประมาณ	จำนวน																
๒๕๖๓	๔																
๒๕๖๔	๓																
๒๕๖๕	๒																
๒๕๖๖	๗																

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์	
		▪ ความรู้ ทักษะการเช็ดตัวลดไข้ และการสอนสาธิตการเช็ดตัวลดไข้แก่ญาติ ในรูปแบบเดียวกัน ▪ การบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไข้ - จัดทำสื่อการสอนสาธิตการเช็ดตัวลดไข้ เป็น VDO โดย สแกน QR cod	๒๕๖๗	๑
			๒๕๖๘	๒

๕. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

● พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Pneumonia ในเด็ก

ประเด็นสำคัญ

-ป้องกันภาวะ Respiratory Failure

แนวทางพัฒนา

- พัฒนาทักษะในการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ Early Warning signs และแบบประเมิน PEWS Scor
- ทบทวนความรู้และฝึกทักษะเรื่องการประเมินอาการภาวะ Secretion obstruction
- จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยรายโรค : โรค Pneumonia ในเด็ก ประกอบด้วย
- ความรู้เรื่องโรค Pneumonia ในเด็ก
- แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย
- ความรู้และทักษะการเคาะปอด, การ Suction secretion ในเด็ก
- การบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค Pneumonia
- พัฒนาทักษะการใช้ HHHFNC
- จัดประชุมให้ความรู้เรื่อง Respiratory Care โดยกุมารแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินหายใจเด็ก
- นวัตกรรมเบาและหมอนรองเคาะปอด เพื่อง่ายต่อการจัดทำผู้ป่วย
- นวัตกรรมเสื้อกัก Hug me สำหรับพ่นยากรณีเด็กเล็ก เพื่อง่ายต่อการจัดทำผู้ป่วย

● พัฒนาการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

ประเด็นสำคัญ

- การให้เลือดอย่างปลอดภัย ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน
- ลดภาวะเหล็กเกินเพื่อไม่ให้เกิดภาวะ โรคหัวใจ โรคตับ

แนวทางพัฒนา

- ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กและญาติ จัดกลุ่มสัมพันธธาลัสซีเมีย
- ประสานงานกับธนาคารเลือดเตรียม LPRC เพื่อลดการแพ้เลือด
- จัดทำแนวทางการให้ยาขับเหล็กทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด
- ทบทวนแนวทางการให้เลือดตามแนวปฏิบัติที่ความเสี่ยงโรงพยาบาล

● พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

ประเด็นสำคัญ

- ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ได้รับการสอนและกระตุ้น Breast Feeding
- ป้องกันภาวะ Hyperbilirubinemia ($MB > 20 \text{ mg\%}$)

แนวทางพัฒนา

- พัฒนา CPG ทารกแรกเกิดตัวเหลืองร่วมกับ PCT กุมารเวชกรรม
- มีแนวทางปฏิบัติในการดูแล การประเมิน Risk factor และการรายงานแพทย์
- ด้านเครื่องมือ
 - ใช้หลอดไฟ LED ซึ่งมีประสิทธิภาพลดภาวะตัวเหลืองได้ดีกว่า และไม่ร้อน
 - จัดทำแผนงบทครุภัณฑ์เครื่องส่องไฟ Photo ทุกปี เพื่อให้เพียงพอต่อผู้ป่วย
 - จัดระบบ Maintenance เปลี่ยนหลอด ร่วมกับแผนกช่างของโรงพยาบาล
 - ปรับปรุงผ้าคลุมเครื่องส่องไฟ Photo จากสีขาวเป็นสีฟ้า เนื่องจาก ผลวิจัยพบว่า
 - สามารถสะท้อนแสงได้ดีกว่า ทำให้ลด bilirubin ได้ดีขึ้น
- ส่งเสริมศักยภาพของบิดา มารดา (empowerment) ในการดูแลทารกที่ได้รับการส่องไฟ โดยแยกโซนผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการส่องไฟ จัดเตียงให้มารดานอนด้วยเพื่อสร้างสายสัมพันธ์แม่ลูก (Bonding) และ ส่งเสริม กระตุ้นการให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มารดาได้พูดคุยแลกเปลี่ยน/เรียนรู้/ช่วยเหลือกันและกันจน เกิด Self help group
- กรณีพบว่าทารกตัวเหลืองจาก G6PD deficiency จะให้ความรู้เรื่องโรค และส่ง พบเภสัชกร เพื่อแนะนำการปฏิบัติตัว การใช้ยา และมีบัตรประจำตัว G6PD สำหรับแจ้งแพทย์/เภสัชกร กรณีเจ็บป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาและสารที่มีผลทำให้เกิดภาวะ hemolysis ในผู้ป่วย G6PD deficiency
- มอบหมาย member ๒ สอนสุขศึกษาายกลุ่ม และ สอนแนะนำรายบุคคลกรณีน้ำมันไม้ไหลหรือมีปัญหาลูกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ปรับสภาพแวดล้อมโดยควบคุมอุณหภูมิห้องให้อยู่ระหว่าง ๒๖-๒๘ องศาเซลเซียส

● พัฒนาการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก

ประเด็นสำคัญ

- ผู้ป่วยไข้เลือดออกไม่มีเสียชีวิต
- การให้สารน้ำ ป้องกันภาวะน้ำเกิน
- ป้องกัน Prolong shock

แนวทางพัฒนา

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการประเมินและดูแลผู้ป่วย
- พัฒนาระบบ Refer เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นน้ำเกิน
- พัฒนาการดูแลและแนวทางการรักษาโดย conference case ในเครือข่ายจังหวัดลำพูน
- พัฒนาการดูแลร่วมกันระหว่าง PCT (กุมารเวชกรรม และอายุรกรรม)
- จัดทำ Dengue corner ให้นอนกางมุ้งและทายากันยุงป้องกันยุงกัด
- สนับสนุนผู้ป่วยที่หายแล้ว/ครอบครัว รณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน
- พยาบาลวิชาชีพอบรมแกนนำในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกและถ่ายทอดความรู้ร่วมกับ
- กุมารแพทย์ ให้เจ้าหน้าที่ทั้งแผนกกุมารเวชกรรมและแผนกอายุรกรรม

● พัฒนาการดูแลผู้ป่วยชักจากไข้สูง

ประเด็นสำคัญ

- ผู้ป่วยไม่มีภาวะชักจากไข้สูงในโรงพยาบาล

แนวทางพัฒนา

- เจ้าหน้าที่ทุกระดับสามารถเช็ดตัวลดไข้ได้ถูกวิธี
- จัดทำแผนนิเทศการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะไข้ ประกอบด้วย
 - ความรู้เรื่อง ภาวะไข้ในเด็ก
 - แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ ภาวะไข้
 - ความรู้ ทักษะการเช็ดตัวลดไข้ และการสอนสาธิตการเช็ดตัวลดไข้แก่ญาติ ในรูปแบบเดียวกัน
 - การบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไข้
- จัดทำสื่อการสอนสาธิตการเช็ดตัวลดไข้ เป็น VDO โดย สแกน QR cod

● ความคลาดเคลื่อนทางยา

อุบัติการณ์ : ความเสี่ยงระดับ A-C ที่ไม่รุนแรงมีมากจึงนำมาทบทวนพบว่าเกิดจากผิดพลาด/ไม่ได้ปรี้น Mar Sheet/ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารการให้ยาผู้ป่วย/ห้องยา key ข้อมูลยาผิดหรือไม่ครบ

ประเด็นสำคัญ

- พบความเสี่ยงเร็วขึ้น
- ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E ขึ้นไป = ๐

แนวทางพัฒนา

- บันทึกน้ำหนักผู้ป่วยในใบ Order
- ตรวจสอบ order แพทย์ ก่อน FAX ไปห้องยา
- นำยามา Double Check กับ order แพทย์และเซ็นชื่อกำกับทุกครั้ง ก่อนเก็บยาเข้าล็อกผู้ป่วย
 - กรณี เวย์เข้า ได้ sticker ยามาไม่ครบ ให้ ปรี้น sticker อันเล็กจากโปรแกรม MAR ออกมาก่อนแล้วเซ็นชื่อกำกับไว้ และให้ตาม sticker ยาจากห้องยา
 - “เราจะไม่ยอมให้ยา ถ้าใน sticker ยาไม่มีลายเซ็นการ Check ยา”
 - กรณีผู้ป่วยรับใหม่ที่ยายังไม่มา ให้เจ้าหน้าที่ส่งเวรให้เวรต่อไป Double Check ยาก่อนเก็บยาเข้าล็อก
- Order for one day
 - Incharge เขียน Off ยาใน Mar sheet
 - ผู้ปรี้น Mar sheet เขียน //ครบ ใน Mar sheet
- บั้มคำว่า Mar ในใบ Order กรณีที่ปรี้น Mar Sheet แล้ว
- ตรวจสอบ Mar Sheet กับ order ก่อนเก็บเข้าแฟ้ม
- มีแนวปฏิบัติการจัดแจกยา, Stat Drug, Drug Reconcile
- ก่อนการให้สารน้ำกับผู้ป่วย ให้มีการ Double Check ป้าย IVF กับ Order แพทย์ โดยพยาบาล ๒ คน และเซ็นชื่อกำกับตรงช่องผู้ให้สารน้ำกับผู้ตรวจสอบ, Incharge round IV หลังรับเวร-ลงเวร
- การ Identify

- ความภาคภูมิใจ

ทักษะวิชาชีพการเจาะเลือดผู้ป่วยเด็ก

การเจาะเลือดหรือให้สารน้ำในผู้ป่วยเด็ก เด็กควรได้รับการเจาะเลือดจำนวนน้อยครั้งที่สุด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมีทักษะสูงกว่าที่อื่นจึงได้ให้บริการแก่ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เพื่อให้เด็กเจ็บน้อยที่สุด และผู้ปกครองพึงพอใจ

ผลลัพธ์ : ผู้ปกครองพึงพอใจ ๑๐๐ %

- นวัตกรรม

๑.เบาะยึดตรึงเด็กขณะเจาะเลือด



๔. เสื้อกัก Hug Me : สำหรับพ่นยาเด็กเล็ก



ที่มา : หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

◆ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด

ก.บริบท

ให้การบริการมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ ๒๔ สัปดาห์ขึ้นไป ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง/ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ให้บริการทำคลอดปกติ / ผิดปกติทางช่องคลอด เตรียมผู้คลอดและประสานห้องผ่าตัด และให้การช่วยเหลือ ทารกแรกคลอดกรณีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

เป้าหมายในการให้บริการ เพื่อให้ผู้คลอดและหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เกิดความพึงพอใจต่อผู้ใช้บริการ สิ่งที่เป็นความคาดหวังของผู้ให้และผู้รับบริการและญาติคือ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ไม่พบการตาย/เกิดความพิการต่อมารดาและทารก จากการให้บริการซึ่งเป็นประเด็นคุณภาพต้องดำรงรักษาและเป็นความเสี่ยงที่ต้องระมัดระวังอย่างยิ่งในทุกขั้นตอนของการให้บริการ

ในแต่ละวันจะมีสูติแพทย์ที่รับคำปรึกษาตลอด ๒๔ ชั่วโมง มีตารางปฏิบัติงานชัดเจนและสามารถตามสูติแพทย์ท่านอื่นในกรณีฉุกเฉินได้ และอัตราค่าจ้างของพยาบาลตามมาตรฐานบริการงานห้องคลอดของโรงพยาบาลทั่วไป กำหนดให้การเจ้าหน้าที่ปฏิบัติ ๑ ทีม/การคลอด ๔ คน คือพยาบาลวิชาชีพ ๓ คน ในกรณีที่มีผู้รอกคลอดมากและคาดว่าจะคลอดมากกว่า ๔ รายในเวร จะจัดพยาบาลวิชาชีพเสริมอีก ๑ คน โดยมีเกณฑ์การเจ้าหน้าที่สำรองไว้เป็นสายลักษณะอักษร เพื่อป้องกันภาระงานที่มากเกินไปจนเกิดความเครียดต่อผู้รับบริการ

ข.ปริมาณงานและทรัพยากร

เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามมาตรฐานในหน่วยงานมีเทคโนโลยีและเครื่องมือที่สำคัญในการสนับสนุนการบริการได้แก่ เครื่อง Infusion pump ในกรณีให้ยา high alert drug เครื่องอัลตราซาวด์ เครื่องตรวจประเมินสภาพทารกในครรภ์ (Central fetal monitoring) เครื่องฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (dope tone) เครื่องดูดสุญญากาศ (vacuum) เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และ Transport Incubator

จากอัตราการคลอดในรอบ ๕ ปี พบมีแนวโน้มการคลอดลดลง และปริมาณการคลอดปกติมีแนวโน้มลดลง และการคลอดผิดปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

รายการ	หน่วย	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
ผู้คลอดทั้งหมด	ราย	๒๑๙๖	๑๙๑๓	๑๖๒๗	๑๖๓๗	๑๖๘๒	๑๔๑๑
Normal delivery	ราย	๗๗๘	๖๕๖	๕๖๔	๕๓๓	๖๓๓	๕๗๓
Caesarean section	ราย	๑๒๗๖	๑๑๕๙	๑๐๐๐	๑๐๒๙	๙๖๖	๗๘๖
Vacuum extraction	ราย	๑๓๙	๙๘	๖๐	๗๔	๘๒	๕๑
Breech assisting	ราย	๓	๐	๑	๑	๑	๑
อัตราคลอดต่อวัน	ราย	๖.๐๑	๕.๒๔	๔.๔๖	๔.๕๐	๔.๖๑	๓.๘๖

บุคลากร

จำนวน (คน)	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
พยาบาลวิชาชีพ	๑๒	๑๒	๑๒	๑๑	๑๑	๑๒	๑๒
ผู้ช่วยพยาบาล	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๒
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	๓	๓	๓	๓	๓	๒	๒

ค.ผลการดำเนินการ (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. อัตราการเสียชีวิตภายใน ๔๘ ชั่วโมงในห้องคลอด	<๑๘ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ การคลอด	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๒. อัตราการตกเลือดหลังคลอด	≤ ๓%	๓.๔๖	๒.๔	๒.๖๔	๒.๙๙	๔.๑๖	๔.๗๙
๓. อัตราการเกิด Birth asphyxia	< ๒๕ ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิด มีชีพ	๑๖.๔๗	๑๘.๒๒.๓๙	๓๐.๘๘	๒๘.๗๘	๒๐.๗๕	๒๔.๖
๔. อัตราทารกตายปริกำเนิด	< ๙ ต่อ ๑,๐๐๐ การคลอด	๔.๔๘	๔.๑๖	๖.๐๕	๕.๕๑	๓.๕๕	๓.๒๓

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ						
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. ภาวะแทรกซ้อนของมารดา								
-Eclampsia	๐	๒	๐	๒	๐	๐	๐	๐
-Uteri rupture	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
-มดลูกปลิ้น	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
-รक्त้าง	๐	๕	๕	๕	๔	๔	๑	๑
-Hematoma	๐	๔	๒	๒	๓	๓	๕	๒
-Fourth degree tear	๐	๕	๑	๔	๑	๐	๓	๒
-emergency hysterectomy	๐	๒	๒	๐	๐	๕	๒	๓
๒.ภาวะแทรกซ้อนของทารก								
-Fracture Clavicle	๐	๑	๐	๑	๐	๑	๑	๑
-Brachial plexus injury	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๑
- Hypothermia		NA	NA	๒๔.๗	๓๐.๙	๓๗.๕	๓๐.๗๗	๓๒.๒๓

ที่มา : กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด

◆ กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

๑. บริบท (Context)

งานห้องผ่าตัดมีหน้าที่ ให้บริการรักษาด้วยการผ่าตัด และส่งกล้องเพื่อการรักษาและเพื่อการวินิจฉัย ตลอดจนให้คำแนะนำและนัดผู้ป่วยนอกที่จะมาเข้ารับทำการผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ

โดยมีขอบเขต การให้บริการผ่าตัดตลอดเวลา ๒๔ ชั่วโมง ทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน ในสาขาศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ศัลยกรรมสูติ-นรีเวช ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมตา หู คอ จมูก ศัลยกรรมช่องปากและใบหน้า ศัลยกรรมทันตกรรมเด็ก ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ศัลยกรรมหลอดเลือด ศัลยกรรมตกแต่ง และศัลยกรรมเด็ก มีห้องผ่าตัดทั้งหมด ๙ ห้อง ประเภทผ่าตัดใหญ่จำนวน ๘ ห้องและผ่าตัดเล็กจำนวน ๑ ห้อง ให้บริการในเวรเช้าปกติ ๙ ทีม เปิดบริการนอกเวลาราชการ เวรบ่าย ๒ ทีม เวรดึก ๑ ทีม และทีม SMC นอกเวลาเวรเช้าและเวรบ่าย มีบุคลากรทั้งหมด ๕๖ คนประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ๓๓ คน ผู้ช่วยพยาบาล ๓ คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ๗ คน และ พนักงานห้องผ่าตัด ๘ คน พนักงานเปลห้องผ่าตัด ๕ คน

การจัดอัตรากำลัง

ข้อมูลอัตรากำลังเจ้าหน้าที่	จนท.ทั้งหมด	เช้า	บ่าย	ดึก
พยาบาลวิชาชีพ	๓๓	๒๕	๗	๒-๓
ผู้ช่วยพยาบาล	๓	๓	๑	๐
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	๗	๖	๒	๑
พนักงานห้องผ่าตัด	๘	๗	๓	๑
พนักงานเปล	๕	๓	๓	๑

สถิติผ่าตัดจำแนกตามสาขา ปี ๖๘

สาขา	ผ่าตัดใหญ่ (ราย)	ผ่าตัดเล็ก (ราย)	จำนวนทั้งหมด (ราย)
ศัลยกรรมทั่วไป	๓๕๒๓	๖๘๑	๔๒๐๔
ศัลยกรรมช่องท้อง	๑๕๓๙	๒๑	๑๕๖๐
ศัลยกรรมทรวงอก	๒๘	๔๓	๗๑
ศัลยกรรมหลอดเลือด	๓๕๐	๑๑	๓๖๑
ศัลยกรรมตกแต่ง	๔๓๘	๒๗๕	๗๑๓
ศัลยกรรมเด็ก	๑๘	๑	๑๙
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	๓๗๓๓	๑๑๙๙	๔๙๓๒
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	๙๗๕	๒๐๓	๑๑๗๘
สูติกรรม	๘๗๐	๙	๘๗๙
นรีเวชกรรม	๒๕๐	๔๔	๒๙๔
ศัลยกรรมตา	๑๔๙๑	๖๕๕	๒๑๔๖
หู คอ จมูก	๔๕๐	๑๒๔	๕๗๔
ทันตกรรมช่องปากและขากรรไกร	๑๐๐	๙๙	๑๙๙
ศัลยกรรมระบบประสาท	๓๙๙	๒๐	๔๑๙
รวมทั้งหมด	๑๔๕๓๗	๓๓๘๕	๑๗๙๒๒

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑	การผ่าตัดผิดคน/ผิดหัตถการ/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง	๒	๑	๒	๒
๒	จำนวนอุบัติการณ์การมีสิ่งของ/อุปกรณ์ตกค้างในร่างกายหลังผ่าตัด	๐	๐	๐	๑
๓	จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการผูกมัด / จัดท่า / เครื่องรัดห้ามเลือด	๐	๐	๐	๐
๔	งดเลื่อนผ่าตัดใน case elective				
	จากผู้ป่วยไม่พร้อม	๕	๘๒	๘๗	๙๓
	จากแพทย์ไม่พร้อม	๘	๒๐	๕๑	๖๒
	จากเครื่องมือและห้องผ่าตัดไม่พร้อม	๒๐	๕	๑๔	๒๙
	รวม	๓๓	๑๐๗	๑๕๒	๑๘๔
	จำนวน case elective	๗๓๙๐	๗๗๑๒	๘๘๒๔	๘๖๑๔
	คิดเป็น %	๐.๔๕	๑.๓๘	๑.๗๒	๒.๑๔
๕	เครื่องมือติดไปชักฟอก	๙	๒๑	๒๒	๒๒
	จำนวน case ผ่าตัดทั้งหมด	๑๓๒๙๒	๑๖๗๕๑	๑๗๒๘๗	๑๗๙๒๒
	คิดเป็น %	๐.๐๖	๐.๑๒	๐.๑๒	๐.๑๒

ที่มา : กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

◆ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี

๑.บริบท* (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการด้านวิสัญญีในห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลลำพูน ตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจ

ข. ขอบเขต

ให้บริการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดด้านศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน ศัลยกรรมทรวงอก ศัลยกรรมประสาทและสมอง ศัลยกรรมจักษุ ศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก ศัลยกรรมกระดูกขากรรไกรและใบหน้า ศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมทรวงอก ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศัลยกรรมสูติ-นรีเวช ศัลยกรรมหลอดเลือดและส่วนปลาย ศัลยกรรมผู้ป่วยเด็ก ตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด บริการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนการระงับความรู้สึกโดยการเปิดคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก (Pre-anesthesia Assessment Clinic: PAC) ระยะผ่าตัด ให้บริการในเวลาราชการทั้งหมด ๘ ห้องผ่าตัด ศูนย์ส่องกล้อง ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และนอกเวลาราชการ ๒ ห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดให้บริการเตียงพักฟื้น (Post anesthesia Care Unit: PACU) ๑๒ เตียง ตลอดจนการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วยลดความปวดในผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังในคลินิก pain และครอบคลุมในการระงับปวด acute pain

ข้อจำกัด

๑. การประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก ยังไม่สามารถทำได้ครบ ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ เนื่องจากไม่สามารถเปิดคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ

๒. การให้บริการในคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก (Pre-Anesthesia Assessment Clinic : PAC) ไม่มีวิสัญญีแพทย์ออกตรวจประจำ เนื่องจากจำนวนวิสัญญีแพทย์ไม่เพียงพอ มีเพียงวิสัญญีพยาบาลออกตรวจเป็นหลัก ใช้ระบบการ Consult ทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยแต่ละรายที่ต้องการการตรวจวินิจฉัยหรือให้แผนการรักษาเพิ่มเติม

๓. การให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ เนื่องจากโรงพยาบาลลำพูนยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทรวงอกและหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ยังไม่มีศักยภาพในการผ่าตัดผู้ป่วยสาขาดังกล่าว

๔. การให้การระงับความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) ที่แผนกฉุกเฉิน และในหอผู้ป่วย เนื่องจากวิสัญญีแพทย์มีจำนวนไม่เพียงพอ

๕. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลัง ๔๘ ชั่วโมง เนื่องจากภาระงานของวิสัญญีพยาบาลมีจำนวนมากในแต่ละวัน

๖. การดูแลผู้ป่วยวิกฤตในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (Critical care) ที่มีปัญหาวิกฤตระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนเลือด เนื่องจากยังไม่มีวิสัญญีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชบำบัดวิกฤต (Critical care) (มีวิสัญญีแพทย์ที่รับทุนและกำลังจะศึกษาต่อ ในปีการศึกษา ๒๕๖๘ จำนวน ๑ คน)

ผู้รับบริการภายนอก

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
๑. ผู้ป่วย	ความต้องการพื้นฐานและความคาดหวัง ๑. ได้รับการบริการวิสัญญีที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน ๒. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งแบบทั่วตัวและเฉพาะส่วน ๓. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกเทคนิคบริการวิสัญญี ๔. ไม่เปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็น ๕. ไม่เจ็บขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ๖. ตื่นจากยาสลบอย่างปลอดภัย ๗. เจ้าหน้าที่ไม่พูดเสียงดังขณะปฏิบัติงาน พุดจาไ้เพราะ สุภาพเรียบร้อย ๘. ได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างนุ่มนวล ๙. สถานที่ควรมีอุณหภูมิที่เหมาะสมและได้รับความอบอุ่นร่างกายเมื่อรู้สึกหนาวเย็น
๒. ญาติ	๑. ทราบรายละเอียดข้อมูลของการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก ๒. สถานที่ขณะรอผ่าตัดเหมาะสม ๓. ทราบข้อมูลและรายละเอียดของผู้ป่วยหลังจากรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเป็นระยะๆ

ผู้รับบริการภายใน

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
๑. ศัลยแพทย์	๑. มีความรู้และมีทักษะในการให้บริการที่ดีและมีการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ ๒. มีการประสานงานที่ดี สะดวก รวดเร็วและราบรื่น ๓. มีการวิเคราะห์ความต้องการของศัลยแพทย์เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการให้สอดคล้องกับวิทยาการทางการแพทย์ในปัจจุบัน ๔. มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย และพร้อมใช้งานได้ ๕. มีการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันตลอดระยะเวลาให้บริการ
๒. เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด	๑. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ๒. มีการพูดคุยและประสานงานกันอย่างเป็นระบบ และมีเหตุผล ๓. ช่วยเหลือให้การพยาบาลผู้ป่วยตามสมรรถนะ ทักษะ และความถนัดทางวิชาชีพของวิสัญญีพยาบาล ๔. เป็นส่วนหนึ่งของทีมผ่าตัดในการให้บริการแก่ผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ให้บริการ
๓. พยาบาลหอผู้ป่วย	๑. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ๒. มีการประสานงานและสื่อสารกัน ในการวางแผนก่อนและหลังการให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน ครบถ้วนสมบูรณ์ และมีการส่งต่อข้อมูลที่ดี เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ๓. ให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหภาวะแทรกซ้อน หรืออาการผิดปกติของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
๔. พนักงานเปเล	๑. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ๒. มีการสื่อสารให้เปเลรับทราบเกี่ยวกับวิธีการระงับความรู้สึกของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างชัดเจน และการใช้อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการให้การดูแลผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย ๓. วางแผนดูแลผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในภาวะวิกฤตร่วมกันตลอดการเคลื่อนย้าย
๕. พยาบาลแผนกฉุกเฉิน	๑. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ๒. มีการประสานงานและสื่อสารกัน ในการวางแผนก่อนการให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อช่วยชีวิตอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ๓. วางแผนร่วมกันในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ๔. ให้ความช่วยเหลือแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจยากในห้องฉุกเฉิน
๖. พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก	๑. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ๒. มีการประสานงานกันในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด อย่างเป็นระบบ และสื่อสารกันอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ๓. ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ กรณีผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกกระบังปวด
๗. พยาบาลแผนกห้องผู้ป่วยหนัก	๑. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ๒. มีการประสานงานในการวางแผนใช้เตียงห้องผู้ป่วยหนักในการดูแลผู้ป่วยหลังให้การระงับความรู้สึกอย่างเป็นระบบ
๘. หน่วยจ่ายกลาง	๑. มีการประสานงานในการดูแลอุปกรณ์ที่ใช้ในทางวิสัญญีที่ต้องได้รับการทำความสะอาดโดยหน่วยจ่ายกลางอย่างเป็นระบบ ๒. วางแผนและบริหารจัดการให้มีอุปกรณ์ที่ใช้ในทางวิสัญญีให้มีจำนวนเพียงพอต่อระยะเวลารอคอยในการทำความสะอาดอุปกรณ์ของหน่วยจ่ายกลาง
๙. งานพัสดุ	๑. ประสานงาน และวางแผนเบิกจ่ายอุปกรณ์พิเศษที่ใช้ในทางวิสัญญีอย่างเป็นระบบ ๒. คาดการณ์การเสื่อมของอุปกรณ์และเครื่องมือยาสลบเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการขออนุมัติซื้อทดแทนไว้ล่วงหน้า ๓. บันทึกการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ในระบบคอมพิวเตอร์กับผู้ป่วยแต่ละรายให้ครบถ้วน ตามการใช้งานจริง ๔. ใช้เวชภัณฑ์ทางการแพทย์อย่างประหยัดเพื่อควบคุมค่า คຸ້ມທຸນ ในการบริการ
๑๐. ห้องยา	๑. ประสานงาน ตรวจสอบ และวางแผนเบิกจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท ๑ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อย่างเป็นระบบ ๒. ชี้แจงรายละเอียดการคาดการณ์ปริมาณการใช้ยาที่ใช้ในการให้การระงับความรู้สึกเพื่อวางแผนในการจัดซื้ออย่างต่อเนื่อง
๑๑. ศูนย์เครื่องมือแพทย์	๑. ประสานงานและแจ้งให้ทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติของอุปกรณ์และเครื่องมือยาสลบ ๒. วางแผนในการบำรุงรักษาเครื่องมือยาสลบอย่างต่อเนื่อง

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
๑๒. ศูนย์คอมพิวเตอร์และศูนย์ข้อมูล	๑. บันทึกข้อมูลที่ให้บริการทางวิสัญญีในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลอย่างถูกต้องและครบถ้วน ๒. ดูแลรักษาคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงให้สามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง
๑๓. งานการเงิน	๑. บันทึกข้อมูลรายละเอียดค่าบริการทางวิสัญญีให้ถูกต้อง ครบถ้วน ๒. ร่วมเป็นคณะกรรมการต้นทุนการให้บริการ (Unit cost)
๑๔. งานทรัพยากรบุคคลและงานพัฒนาบุคลากร	๑. แจ้งฝ่ายทรัพยากรบุคคลทันที กรณีมีเจ้าหน้าที่ลาออก เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการขออัตราค่าจ้างทดแทน ๒. ประสานงานและวางแผนการส่งพยาบาลเข้ารับการฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีการเสนอแผนการอบรมระยะยาวอย่างต่อเนื่อง
๑๕. เจ้าหน้าที่ทีมงานวิสัญญี	๑. ความพร้อมของทีมงานและอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ๒. บริการอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน ๓. ความปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน ๔. ได้รับการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ชัดเจน รวดเร็วและถูกต้อง ๕. ขวัญและกำลังใจที่ดีในการปฏิบัติงาน ๖. สถานที่พักผ่อนขณะว่างจากการทำงานอย่างเหมาะสม
๑๖. ฝ่ายการพยาบาล	๑. ปฏิบัติตามนโยบายของหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลอย่างเคร่งครัด ๒. รายงานข้อมูลสถิติการให้บริการ ความเสี่ยง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงาน

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญและจุดเน้นในการพัฒนา

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับบริการวิสัญญีตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และมีความพึงพอใจ

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

ความท้าทาย

๑. การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวซับซ้อน
๒. การลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้การระงับความรู้สึก (specific clinical risk)

ความเสี่ยงที่สำคัญ

๑. การทรุดลงโดยไม่ได้คาดการณ์ และ Unplanned ICU ในการให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวซับซ้อน
๒. การใส่ท่อช่วยหายใจเข้าภายใน ๒ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๑.	การทรุดลงโดยไม่ได้คาดการณ์ และ Unplanned ICU ในการให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวซับซ้อน	-แนวทางการเตรียมความพร้อมและการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวซับซ้อน	-สถิติการทรุดลงโดยไม่ได้คาดการณ์ และ Unplanned ICU ในการให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวซับซ้อน ลดลง
๒.	การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน ๒ ชั่วโมงหลังผ่าตัด	-แนวทางการถอดท่อช่วยหายใจที่มีประสิทธิภาพ	-อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน ๒ ชั่วโมงแรก น้อยกว่า ๑:๑๐,๐๐๐ ราย

จ.ปริมาณงานและทรัพยากร (คน, เทคโนโลยี, เครื่องมือ)

๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการและ ปริมาณงาน

รายงาน	๒๕๖๔ (ราย)	๒๕๖๕ (ราย)	๒๕๖๖ (ราย)	๒๕๖๗ (ราย)	๒๕๖๘ (ราย)
๑.งานบริการให้การระงับความรู้สึก					
๑.๑. General Anesthesia	๘,๒๓๕	๗,๘๕๐	๙,๐๑๕	๙,๕๔๐	๑๒,๗๕๕
๑.๒. Regional Anesthesia	๑,๗๘๘	๒,๑๘๕	๒,๖๒๑	๒,๖๑๓	๔,๐๖๐
๑.๓. Combined Anesthesia	๓๕๔	๔๔๘	๔๑๗	๘๐๒	๑,๐๒๘
๑.๔. MAC	๒๓๘	๒๘๒	๖๓๔	๖๑๕	๖๗๔
รวมผู้รับบริการให้การระงับความรู้สึก	๑๐,๖๑๕	๑๐,๗๖๕	๑๒,๖๘๗	๑๓,๕๗๐	๑๕,๐๙๕
๒. คลินิกระงับปวด	๑๔๘	๑๒๘	๑๕๖	๒๔๒	๒๘๓
๓. การให้คำปรึกษาก่อนการระงับความรู้สึกผู้ป่วยนอก	๔๑๙	๗๐๘	๑,๕๘๔	๑,๒๙๙	๒,๑๖๙
๔. การให้คำปรึกษาก่อนการระงับความรู้สึกผู้ป่วยใน	๒,๑๕๑	๔,๘๔๕	๑,๗๗๒	๒,๑๘๕	๒,๘๐๒
๕. การบริการนอกหน่วยงาน ใส่ท่อช่วยหายใจและเปิดเส้นเลือด	๗๑	๖๓	๘๖	๕๓	๑๐๘
๖. การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น	๙,๙๕๔	๑๐,๐๕๓	๑๑,๙๕๐	๑๑,๙๘๔	๑๔,๔๒๐
๗. ติดตามเยี่ยมหลังให้การระงับความรู้สึก	๘,๔๙๐	๙,๕๓๕	๑๐,๖๙๕	๑๒,๑๔๓	๑๒,๙๗๘
รวมผู้มารับบริการทั้งสิ้น	๑๐,๘๓๔	๑๐,๙๕๖	๑๒,๙๒๙	๑๓,๘๖๕	๑๕,๔๘๕

๒. ด้านบุคลากร

อัตรากำลัง

วิสัญญีแพทย์ (คน)	วิสัญญีพยาบาล (คน)	ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (คน)	ผู้ช่วยพยาบาล (คน)
๖	๒๒	๕	๒

ข้อมูลพยาบาลเฉพาะทาง

ด้านความเชี่ยวชาญ	จำนวน (คน)
๑. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก	๑
๒. การให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยระบบประสาท	๑
๓. การพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์	๑
๔. การพยาบาลเฉพาะทางบริหารทางการพยาบาล	๑
รวม	๔

การเสริมอัตรากำลัง กรณีมีการลาป่วย ปรับหน้าที่ความรับผิดชอบเพื่อรองรับจำนวนทีมการผ่าตัด

๓. เทคโนโลยี และเครื่องมือ

เครื่องดมยาสลบ ๑ เครื่อง/ห้องผ่าตัด	๙	เครื่อง
ระบบกำจัดก๊าซส่วนเกินแบบประยุกต์ ๑ เครื่อง/ห้องผ่าตัด	๘	ห้อง
เครื่องติดตามสัญญาณชีพ	๑๒	เครื่อง
เครื่องติดตามสัญญาณชีพแบบรวมศูนย์	๘	เครื่อง
เครื่องติดตามสัญญาณชีพแบบเคลื่อนย้าย	๑	เครื่อง
เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติพร้อม O _๒ Saturation	๑	เครื่อง
Defibrillator	๑	เครื่อง
Infusion Pump	๓	เครื่อง
Syringe Pump	๓	เครื่อง
Target Control Infusion (TCI)	๒	เครื่อง
Patient Control Analgesia (PCA)	๒	เครื่อง
Nerve Stimulator	๒	เครื่อง
Force air warmer	๖	เครื่อง
Ultrasound	๑	เครื่อง
Video Laryngoscope	๑	เครื่อง
Glide scope	๒	เครื่อง

๔. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
๑.การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ๑.๑ Elective case ในรายที่ set case ก่อน ๑๕.๐๐น. ๑.๒ ผู้ป่วยที่มีได้รับการ set case หลัง ๑๕.๐๐ น. ถึง ๒๐.๐๐ น. - ให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานนำ chartและfilm มาตรวจรับคำปรึกษาที่หน่วยงานวิสัญญีในเวรป่วย ๑.๓ ผู้ป่วยนัดผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกทั่วไป และผู้ป่วยนอกแบบ ODS จะได้รับการตรวจห้องปฏิบัติการและได้รับคำปรึกษาแนะนำจากวิสัญญีแพทย์ที่ห้องตรวจวิสัญญีในห้องผ่าตัด ๑.๔. เปิดให้บริการคลินิกเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ๒.การเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน ๒.๑ การเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึก ๓.การดูแลผู้ป่วยระหว่างให้การระงับความรู้สึก ๓.๑ เฝ้าระวังสัญญาณชีพระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐานราชวิทยาลัย ๓.๒ บันทึกข้อมูลผู้ป่วย สัญญาณชีพการให้ยา สารน้ำ และเลือดระหว่างการระงับความรู้สึก ๓.๓ เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ๔. การดูแลผู้ป่วยหลังให้การระงับความรู้สึก ๔.๑ มีแนวทางการดูแลและจำหน่ายผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ๔.๒ การเยี่ยมหลังผ่าตัดเพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังให้การระงับความรู้สึกภายใน ๒๔ ชม. ๔.๓ การดูแลระงับปวดในห้องพักฟื้น	๑. เพื่อนำข้อมูลของผู้ป่วยมาวางแผนให้การระงับความรู้สึกได้อย่างปลอดภัย ๑. ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนระงับความรู้สึก ๒. เตรียมความพร้อมเครื่องมือและยา ๓. ผู้ป่วยนอกได้รับการผ่าตัดตามแผน ๑. เครื่องดมยาสลบ เครื่อง monitor พร้อมใช้งาน ๑ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเฝ้าระวังระหว่างการระงับความรู้สึกตามมาตรฐานราชวิทยาลัย กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย	- อัตราการเยี่ยมก่อนระงับความรู้สึกผู้ป่วย Elective case ร้อยละ ๑๐๐ - อัตราการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของอุปกรณ์ทางวิสัญญี - อัตรา Admit ผู้ป่วยนอกทั่วไปและผู้ป่วยนอกแบบ ODS ที่มีสาเหตุจากวิสัญญีน้อยกว่าร้อยละ ๕ -อัตราการเลื่อนcase เนื่องจากความไม่พร้อมของอุปกรณ์ทางวิสัญญี -อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน -อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก -อัตราการเปลี่ยนแปลงวิธีระงับความรู้สึก

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
	๑. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานและได้รับการดูแลความปลอดภัยที่เหมาะสม ๒. ติดตามและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ๓. ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลต่อเนื่องไปจนถึงหลังผ่าตัดและเกิดความพึงพอใจ	- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน - อัตราการเยี่ยมหลังรับความรู้สึก - อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ ต่อการบริการวิสัญญี

๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานมี ๓ ประเภทได้แก่

๑. Process indicator คือตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยทางวิสัญญี

กระบวนการที่สำคัญ (ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน)	เป้าหมาย (ร้อยละ)	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑.การดูแลและประเมินก่อนการรับความรู้สึก* - ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมและประเมินก่อนให้การรับความรู้สึก elective case	๑๐๐	๘๓.๐๐	๕๖.๐๐	๘๒.๐๐	๘๙.๐๐	๘๕.๐
๒.การดูแลขณะรับความรู้สึก - ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึก anesthetic record - อัตราการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของอุปกรณ์วิสัญญี - อัตรา Admit ผู้ป่วยนอกทั่วไปและผู้ป่วยนอกแบบ ODS ที่มีสาเหตุจากวิสัญญี	๙๕ ๐ < ๕	๙๔.๒๖ ๐ ๐	๙๔.๘๔ ๐ ๐	๙๕.๒๑ ๐ ๐	๙๖.๒๐ ๐ ๐	๙๖.๒ ๐ ๐
๓.การดูแลระยะพักฟื้น - ร้อยละการเยี่ยมผู้ป่วยหลังรับความรู้สึก	๑๐๐	๘๒.๐๐	๙๓.๐๐	๘๔.๓	๙๒.๓	๙๕.๔

*หมายเหตุ ผู้ป่วยที่มีรายชื่อในตารางผ่าตัด จะได้รับการเยี่ยมประเมินก่อนผ่าตัดล่วงหน้า ๑ วัน และผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ได้รับการเยี่ยมประเมินโดยวิสัญญีแพทย์ที่คลินิก PAC (Pre-anesthesia Assessment Clinic)

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๔.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
๑.	การดูแลและประเมินก่อนการระงับความรู้สึก	-การเยี่ยมก่อนการระงับความรู้สึกทุกราย ผู้ป่วยที่ลงตารางผ่าตัดก่อนเวลา ๑๕.๐๐ น. -ผู้ป่วยที่ลงตารางผ่าตัดเกินเวลา ๑๕.๐๐ น. นำแฟ้มผู้ป่วยมาปรึกษาวิสัญญีแพทย์ -เปิดคลินิก PAC (Pre-anesthesia Assessment Clinic) ที่อาคาร ๑๐๐ ปี - เปิดช่องทางการเยี่ยมแบบ online โดยการ Scan QR code มารับการเยี่ยมเตรียมความพร้อมทาง Line OA มีการซักประวัติตรวจร่างกาย ทาง VDO call	-อัตราการเยี่ยมก่อนการระงับความรู้สึกเพิ่มขึ้น -ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการทางวิสัญญี
๒.	การคิดค่าบริการทางวิสัญญี	-มีการกำหนดหน้าที่การตรวจสอบการคิดค่าใช้จ่าย โดยการตรวจสอบย้อนหลังทุกเวอร์	-อัตราความผิดพลาดเรื่องการคิดค่าใช้จ่าย = ๐
๓.	ยา : โครงการ Auto refill	-การนำระบบ auto refill มาใช้จะช่วยแก้ปัญหาในเรื่องยาขาด เนื่องจากเมื่อปริมาณยาในคลังยาวิสัญญีลดลงตามที่กำหนดขั้นต่ำ หน่วยงานเภสัช จะนำยามาให้โดยตรง	-อัตรายาไม่พร้อมใช้ = ๐ -อัตรายาหมดอายุ = ๐

๔.๒ การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑. การพัฒนาระบบการนำเสนอข้อมูลสถิติของหน่วยงาน โดยนำเทคโนโลยีมาใช้ในการนำเสนอข้อมูลเพื่อตอบสนองนโยบาย paperless ของโรงพยาบาลลำพูน
๒. การส่งมอบข้อมูลของผู้ป่วยให้เป็นระบบโดยใช้หลักการ SBAR
๓. การ Identification ผู้ป่วย ตามหลักการ ทำ Surgical Safety Checklist ให้มีประสิทธิภาพ

๕. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. พัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมและการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวซับซ้อน
๒. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลลำพูน

ที่มา : กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี

◆ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

๑. บริบท (Context)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางอายุรกรรม ทั้งในภาวะเจ็บป่วย กึ่งวิกฤต เฉียบพลันและเรื้อรัง ที่จะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ มีความพึงพอใจ ในบริการ และเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

ก. หน้าที่และเป้าหมายการให้บริการ

ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย และพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับ รวมทั้งสนับสนุนการเรียนการสอนและการวิจัย ในคลินิก เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดลำพูนและจังหวัดใกล้เคียง

ข. ขอบเขตบริการ (Scope of Service)

ด้านบริการรักษาพยาบาล ให้บริการผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม ที่อายุตั้งแต่ ๑๔ ปีขึ้นไป ทั้งในภาวะเจ็บป่วยกึ่งวิกฤต เฉียบพลันและเรื้อรัง ให้การรักษาพยาบาลแบบองค์รวม เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการประสานการรักษาพยาบาลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การดูแลรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกรับ จนถึงจำหน่ายและการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน รับบริการผู้ป่วยจำนวน ๔๐ เตียง และเตียงแทรก ๕ เตียง ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ คือ Sepsis Stroke ACRS

ด้านสนับสนุนการเรียนการสอนและการวิจัยในคลินิก โดยเป็นสถานที่ศึกษาดูงานและฝึกปฏิบัติงานของ นักศึกษาแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเรียนผู้ช่วยพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการทำวิจัยทั้งภายในและภายนอกองค์กร

ค. ผู้รับผลงาน

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ลูกค้ายาภายนอก ผู้ป่วย	๑. ได้รับการที่มีคุณภาพ สะดวก และรวดเร็ว ตั้งแต่เข้ารับบริการจนจำหน่ายออกจากหน่วยงาน ๒. มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดระยะเวลาการรักษาในหน่วยงาน ๓. ได้รับการบรรเทาอาการปวด ไม่เกิดความทุกข์ทรมานจากความปวด ๔. ได้รับทราบข้อมูล คำแนะนำเฉพาะโรค ๕. ได้รับการต้อนรับที่ดีและอบอุ่น จากผู้ให้บริการที่ยิ้มแย้มแจ่มใสตอบสนองความต้องการด้วยความรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ๖. ได้รับการเคารพ และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ๗. ได้รับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตได้อย่างทันท่วงที และมีประสิทธิภาพ ๘. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและสิทธิต่าง ๆ ๙. ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมทุกระดับ
ครอบครัว และ ญาติ	๑. ได้รับการต้อนรับที่อบอุ่น สะดวก รวดเร็ว ยิ้มแย้ม แจ่มใสด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และมีความสะดวกในการเยี่ยมผู้ป่วย ๒. มีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ๓. ได้รับการพิทักษ์สิทธิ และไม่เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย ๔. มีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่าย ได้รับการสอนและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย

ความต้องการของหน่วยงานภายในที่สำคัญ

ผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล	ความต้องการ
ลูกค้าภายใน แพทย์	๑. ได้รับความร่วมมือ การประสานงาน อย่างมีประสิทธิภาพ ๒. มีการสื่อสารที่ดี มีประสิทธิภาพ ๓. มีเครื่องมือ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงพอพร้อมใช้งาน ๔. มีความปลอดภัยในการทำงาน ๕. ทำงานอย่างมีความสุข ๖. มีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่
นักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงาน	๑. ได้รับการปฐมนิเทศ การต้อนรับที่อบอุ่นเป็นมิตร ๒. ได้รับความร่วมมือ การประสานงาน จากเจ้าหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ๓. ได้รับการนิเทศงานอย่างใกล้ชิด เป็นแบบอย่างที่ดี ๔. ได้รับการสนับสนุนด้านการเรียนการสอน ๕. มีความสุขและปลอดภัยในการฝึกปฏิบัติงาน ๖. สัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ
เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	๑. ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ๒. มีส่วนร่วมในการรักษาแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ๓. ได้รับการประสานงานที่ดี
เจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นนอกโรงพยาบาลและ ประชาชนทั่วไปที่มาติดต่องาน	๑. การต้อนรับที่เป็นมิตร สุภาพ ๒. ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ๓. ได้รับความร่วมมือและมีการประสานงานหรือ ช่วยเหลืออย่างดี

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (key Quality Issues)

ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย และพึงพอใจในบริการ รวมถึงได้รับการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ (สอดคล้องกับแผนความเสี่ยงและ risk profile)

ความท้าทาย

๑. บุคลากรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญโดยมีการใช้ Guideline โรคเป็นกรอบในการดูแล คือ ACRS , Stroke, Sepsis,
๒. ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในโรงพยาบาล
๓. ไม่เกิดข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่

ความเสี่ยงที่สำคัญ

๑. อุบัติการณ์การผู้ป่วยตกเตียงและผลัดตกหกล้ม
๒. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ
๓. ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่

จุดเน้นในการพัฒนา นำความเสี่ยงที่สำคัญมาพัฒนาวางระบบ/แนวทางให้ดีขึ้น/ผลลัพธ์

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๑	ผู้ป่วยทรุดหนักโดยไม่คาดการณ์	๑. มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันผู้ป่วยทรุดหนักโดยไม่คาดการณ์ ใช้ Early warning ให้ประเมิน NEWS Score ทุก case ที่รับใหม่และให้แผนการรักษาตาม NEWS management ๒. แบ่งประเภทผู้ป่วยถูกต้องตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย ๓. มีการติดตาม นิเทศงาน และประเมินการทำงานของทีมพยาบาลในหน่วยงาน ๔. มีการทบทวนเหตุการณ์ร่วมกันของทีม PCT Med และทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาล	- อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดหนักโดยไม่คาดการณ์ลดลง
๒	อุบัติการณ์ผู้ป่วยตกเตียงและพลัดตกหกล้ม	๑. มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยตกเตียงและพลัดตกหกล้ม ขณะนอนโรงพยาบาล เช่น ให้อยู่ไม่กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล ประเมินอาการผู้ป่วยโดยใช้ Morse score ให้ญาติเฝ้าอย่างใกล้ชิด ๒. มีการติดตาม นิเทศงาน และประเมินการทำงานของทีมพยาบาลในหน่วยงาน ๓. มีการทบทวนเหตุการณ์ร่วมกันของทีม PCT Med และทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาล	อุบัติการณ์ผู้ป่วยตกเตียงและพลัดตกหกล้มลดลง
๓	อุบัติการณ์ การเกิดแผลกดทับ	๑. มีการทบทวนเหตุการณ์ร่วมกันของทีม PCT Med ของโรงพยาบาล ๒. จัดผู้รับผิดชอบทำงานร่วมกับคณะทำงาน CoP Pressure Injury กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล วางแนวทางในการป้องกันเกิดแผลกดทับ สำนวณความต้องการที่นอนลม จัดหาที่นอนลมเพิ่มเติมให้หน่วยงาน สำนวณความชุกของการเกิดแผลกดทับ ๓. มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงจากการเกิดแผลกดทับขณะนอนโรงพยาบาล ๔. มีการติดตาม นิเทศงาน และประเมินการทำงานของทีมพยาบาลในหน่วยงาน	อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลง

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๔	ข้อร้องเรียน พฤติกรรมบริการ เจ้าหน้าที่	๑.บุคลากรได้รับการพัฒนา และอบรม จริยธรรมวิชาชีพทุกระดับปฏิบัติการพฤติกรรม บริการที่เหมาะสม ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ลด ข้อร้องเรียน ๒. มีการติดตาม นิเทศงาน และประเมินการ ทำงานของทีม ๓. หากมีการร้องเรียนระบุตัวบุคคล ต้องทำ บันทึกรายงานชี้แจงและถูกคณะกรรมการ สอบสวนเป็นรายบุคคล	บุคลากรมีพฤติกรรมบริการที่ เหมาะสม ผู้รับบริการมีความ พึงพอใจ ข้อร้องเรียนลดลง/ไม่ เกิดข้อร้องเรียน

จ.ปริมาณงานและทรัพยากร(คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)ศักยภาพ ข้อจำกัด

๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการ และปริมาณงาน

หัวข้อข้อมูลปริมาณงาน	ข้อมูลย้อนหลัง ๔ ปี (ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๗)				
	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗
๑. สถิติการให้บริการผู้ป่วย (คน)	๕,๒๒๖	๔,๙๐๕	๔,๘๕๐	๕,๒๑๑	๕,๐๓๓
๒. Productivity	๑๕๗.๗๕	๑๕๓.๔๐	๑๖๘.๑๐	๑๒๑.๙๙	๑๕๘.๘๓
๓. อัตราครองเตียง	๙๔.๒๖	๗๙.๑๘	๘๔.๙๖	๘๗.๔๓	๘๘.๕๐
๔. อัตราการใช้เตียง	๑๐.๘๐	๑๐.๒๒	๑๐.๐๘	๑๐.๘๑	๑๐.๔๙
๕. อัตราตาย	๐.๘๐	๑.๘๐	๓.๐๑	๒.๕๔	๓.๒๙

๒. ด้านบุคลากร

บุคลากร

บุคลากรประจำหอผู้ป่วย ๒๕ คนประกอบด้วย

- พยาบาลวิชาชีพ ๑๗ คน
- ผู้ช่วยพยาบาล ๕ คน
- พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๓ คน

อัตรากำลัง : จัดให้มีเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันขึ้นเวรเพื่อดูแลผู้รับบริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง
การมอบหมายงาน แบ่งเป็น ทีม ทำหน้าที่ในการให้บริการแบบ Functional โดยจัดเป็น ๓ เวร ดังนี้

- เวรเช้า เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
- เวรบ่าย เวลา ๑๖.๓๐ – ๐๐.๓๐ น.
- เวรดึก เวลา ๐๐.๓๐ – ๐๘.๓๐ น.

การจัดอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน ในวันราชการอัตรากำลังพยาบาลเวรเช้า : บ่าย : ดึก คือ ๖:๕:๔
สำหรับ อัตรากำลังระดับผู้ช่วยเหลือคนไข้ คือ ๒:๑:๑ ในวันหยุดราชการอัตรากำลังพยาบาลเวรเช้า : บ่าย : ดึก คือ
๖:๕:๔ และมีการปรับอัตรากำลังตาม Productivity ในแต่ละเวร

๓. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

ข้อมูล	พ.ศ. ๒๕๖๔	พ.ศ. ๒๕๖๕	พ.ศ. ๒๕๖๖	พ.ศ. ๒๕๖๗	พ.ศ. ๒๕๖๘
เครื่องมือที่สำคัญ					
Defibrillator	๑	๑	๑	๑	๑
EKG Monitor	๕	๕	๕	๕	๕
Central monitor	๐	๘	๘	๘	๘
EKG ๑๒ lead	๑	๑	๑	๑	๑
เครื่องวัดความอิ่มตัวของ	๒	๒	๒	๒	๒
Oxygenในกระแสเลือด					

๔. กระบวนการสำคัญ(Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๑. การเข้ารับบริการ ๒. การประเมินผู้ป่วย	๑. ทีมผู้ให้บริการ มีการเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ๒. ทีมผู้ให้บริการมีกระบวนการรับใหม่/รับย้ายผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการอย่างรวดเร็ว ทันเวลา มีการประสานงานที่ดีของสหสาขาวิชาชีพ ๑. ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการอย่างถูกต้องเหมาะสมกับปัญหา ๒.ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายและได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมทันเวลา ๓.ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำ (Re-assessment) เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง และได้รับการแก้ไขปัญหอย่างถูกต้องและทันทั่วทั้งที่	๑. จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเร่งด่วน ได้รับการแก้ไขปัญหาย่างทันทั่วทั้งที่ ๒. จำนวนผู้ป่วย ICU Condition Admit ที่ Ward ๑.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคผิดพลาดและAdmit ผิดแผนก ๒.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจหลัง Admit ward ภายใน ๑ ชั่วโมง ๓.อุบัติการณ์ผู้ป่วยหลุดหนักโดยไม่คาดการณ์ ๔.อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังรับไว้(ไม่ใช่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย)
๓. การวางแผน ๓.๑ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	๑.ทีมผู้ให้บริการให้การรักษายาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ๒.ทีมผู้ให้บริการมีแผนการดูแลและการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว	๑.จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาตามแนวทางที่วางไว้

๖.การดูแลอย่างต่อเนื่อง ๗. กระบวนการคู่ขนาน ๗.๑. การพัฒนาศักยภาพ	๑.ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เยี่ยมบ้านได้รับการส่งต่อเพื่อเยี่ยมบ้าน ๒.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ๑.บุคลากรมีทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดี และสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม ๒.บุคลากรสามารถนำองค์ความรู้มาดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับมาตรฐานวิชาชีพ ๓.บุคลากรสามารถนำเอาทักษะด้านจิตปัญญา และ Non Technical Skill มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้	๑.จำนวนครั้งผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ ๒.จำนวนครั้งการนัดผู้ป่วยผิดพลาดวันนัด ๓.จำนวนครั้งการนัดผู้ป่วยมาก่อนนัด ๑.บุคลากรได้รับการอบรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ๒.คะแนนความสุขในการทำงานของบุคลากร
๗.๒. การดูแลรักษาเครื่องมือ ๗.๓. การส่งตรวจ specimen ๗.๔. การประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ	๑.บุคลากรมีความรู้และทักษะในการดูแลและใช้เครื่องมือได้ดี ๒.มีการ Maintenance เครื่องมือ มีการตรวจสอบความพร้อมใช้เครื่องมือทุกเวอร์ ๑.มีการปฏิบัติตามมาตรฐานและแนวทางการส่งตรวจ specimen ๒.บุคลากรทราบข้อมูล ผลตรวจค่า Lab วิกฤติ ได้อย่างรวดเร็วและสามารถแก้ไขปัญหาได้ ๑.มีการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องและได้รับข้อมูลอย่างถูกต้อง	๑.จำนวนความเพียงพอและพร้อมใช้เครื่องมือสำคัญ (Defibrillator,EKG,Moniter EKG) ๑.การรายงานการเจาะ Lab ผิดคน ๒.การรายงาน blood clot ๓.จำนวนครั้งการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการล่าช้า ๔.ค่า Lab วิกฤติไม่ได้รับการแก้ไขภายในเวร ๑.ความพึงพอใจของลูกค้าภายในโรงพยาบาล

๕. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

หัวข้อข้อมูลปริมาณงาน	ข้อมูลย้อนหลัง ๔ ปี (ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๗)				
	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. ผู้ป่วย ICU Condition Admit Ward	๓	๓	๔	๓	๓
๒. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ ๒ ขึ้นไป	๓.๗๖	๑.๘๖	๒.๑๑	๒.๒๖	๓.๑๑
๓. อัตราการติดเชื้อ UTI/๑๐๐๐วันใส่ cath	๒.๓๑	๑.๗๗	๐.๖๙	๐.๔๕	๐.๗๖
๔. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	๐.๕๕	๑.๕๘	๒.๒๒	๔.๕	๐.๑๖
๕. จำนวนครั้งการเกิด Admin error	๑๗	๖	๔	๕	๔
๖. จำนวนครั้งการเกิด Pre Admin	๙	๔	๒	๓	๒
๗. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	๘๕	๘๕	๗๙.๔๑	๘๕.๑๑	๘๖.๑
๘. อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน ๒๘ วัน	๓.๘๑	๒.๘๑	๒.๔๗	๒.๑๗	๑.๙๑
๙. จำนวนครั้งของเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน	๑	๐	๐	๒	๑
๑๐. จำนวนครั้งของผู้ป่วยตกเตียงและพลัดตกหกล้ม	๑	๒	๒	๕	๑๑

๖. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๖.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ACS

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. อัตราเสียชีวิต STEMI	๑๐%	๐	๐	๕๐.๐๐%	๐	๐
๒. อัตราเสียชีวิต NSTEMI	๑๐%	๐.๑๖%	๕.๗๔%	๑.๘๕%	๐	๐
๓. ทำ Echo ภายใน ๗๒ hr.	เพิ่มขึ้น	๗๖%	๘๖.๓๒%	๘๕.๗๕%	๑๐๐%	๑๐๐%
๔. ส่งผู้ป่วย ไปทำ Revascularization + Investigate	เพิ่มขึ้น	๙%	๔๕.๐๑%	๔๕.๐๐%	๕๔.๐๐%	๓๗.๓๓%

Sepsis

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. อัตราเสียชีวิต Sepsis	<๔๐%	๒.๕%	๕๗.๖๙%	๓๑.๒๕%	๑๐.๑๖%	๗.๖
๒. อัตราการเสียชีวิต Septic shock	<๓๐%	๑.๑%	๔๒.๓๑%	๖๘.๗๕%	๑๑.๙๔%	๑๒.๕
๓. อัตราการได้รับ ABO ใน ๑ hr.	๑๐๐%	๙๑.๑%	๘๘.๙๙%	๙๑.๒๘%	๑๐๐%	๑๐๐%
๔. อัตราการ Resuscitate shock สำเร็จใน ๖hr.	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%
๕. อัตราการทำ H/C ก่อนให้ ABO	๑๐๐%	๙๐.๕%	๘๐.๑๐%	๗๕.๓๘%	๘๐.๔๕%	๑๐๐%

stroke

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. อัตราเสียชีวิต stroke	≤๕%	๐.๙๓%	๔.๖๗%	๒.๓๗	๕.๓๕	๒.๕๖
๒. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน	≤๕%	๑.๘๗%	๔.๖๒%	๒.๓๐	๑.๖๐	๗.๐๕
๓. อัตราผู้ป่วยอาการดีขึ้นเมื่อจำหน่าย	๘๐%	๘๖.๙%	๘๓.๓๓%	๘๕.๓๓	๘๕.๗๕	๗๙.๔๙
๔. อัตราผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้เมื่อจำหน่าย	๘๐%	๖๔.๔๙%	๖๖.๖๗%	๗๑.๐๙	๗๕.๐๕	๖๘.๕๙
๕. อัตราผู้ป่วยอยู่ในระบบ HHC	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%

๖.๒ การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

กิจกรรม/โครงการ	เป้าหมาย
๑. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดย NEWS score management One day One chart และ Individual care plan	- การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะทรุดหนักโดยไม่คาดการณ์
๒. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่มีความเสี่ยงสูง stroke sepsis ACDS	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน
๓. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยป้องกันการเกิด Pressure sore	- อัตราการตายลดลง -LOS ลดลง
๔. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการตกเตียงและผลัดตกหกล้ม	- อัตราการเกิด Pressure sore ลดลงจากเดิม
๕. พัฒนาพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่	- อุบัติการณ์การผู้ป่วยตกเตียงและผลัดตกหกล้มลดลงจากเดิม - บุคลากรมีพฤติกรรมบริการที่เหมาะสมในการให้บริการผู้ป่วย - ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ข้อร้องเรียนลดลง/ไม่เกิดข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ

ที่มา : หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

◆ งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

๑. บริบท (Context)

ก. หน้าที่ และเป้าหมาย (Purpose)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน ให้บริการผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๑๕ ปีบริบูรณ์ ขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคด้านอายุรกรรมทุกระบบ ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมให้ผู้รับบริการปลอดภัยและมีความพึงพอใจ

ข. ขอบเขตบริการ (Scope of Service)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน ให้บริการผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๑๕ ปีบริบูรณ์ ขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคด้านอายุรกรรมทุกระบบ โดยมีจำนวนเตียงสามัญ รวม ๔๐ เตียง มีเตียงสำรอง เตรียมความพร้อมรับในกรณีผู้ป่วยมากกว่า ๔๐ เตียง จำนวน ๕ เตียง ดูแลผู้ป่วย On Ventilator ๓ เตียง กรณี ICU เตียงเต็ม

ศักยภาพ : มีอายุรแพทย์ให้การดูแลและรับคำปรึกษาตลอด ๒๔ ชั่วโมง มีตารางปฏิบัติงานชัดเจนและอัตรากำลังของพยาบาลกำหนดให้การจัดเจ้าหน้าที่ปฏิบัติ ๒ ทีม/เวร เวรเช้าพยาบาลวิชาชีพ ๖ คน ผู้ช่วยพยาบาล ๓ คน เวรบ่ายพยาบาลวิชาชีพ ๕ คน ผู้ช่วยพยาบาล ๓ คน เวรดึกพยาบาลวิชาชีพ ๔ คน ผู้ช่วยพยาบาล ๑ คน พนักงานช่วยเหลือเหลือคนไข้ ๑ คน

ข้อจำกัด : จำนวนผู้ป่วยมากและต้องเฝ้าระวังอาการดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อมีการรับใหม่ รับย้าย พร้อมกันหลายรายการบริหารจัดการต้องใช้เวลาในการโยกย้ายเตียงภายในตึก และบริหารการย้ายฝากต่างแผนก และระยะห่างระหว่างเตียง แคบทำให้ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน

๕ อันดับโรคที่พบบ่อย (High Volume)

ลำดับ	ปีงบ ๒๕๖๓	ปีงบ ๒๕๖๔	ปีงบ ๒๕๖๕	ปีงบ ๒๕๖๖	ปีงบ ๒๕๖๗	ปีงบ ๒๕๖๘
๑	Pneumonia (๑๗๕)	CKD (๑๘๒)	Heart Failure (๒๕๒)	Heart Failure (๓๒๐)	Heart Failure (๓๐๔)	Heart Failure (๒๙๘)
๒	CKD (๑๗๑)	Thalassemia (๑๘๔)	Pneumonia (๒๔๐)	COPD (๒๕๘)	Pneumonia (๒๘๖)	CKD (๑๗๐)
๓	Heart Failure (๑๔๒)	Pneumonia (๑๗๔)	Thalassemia (๒๓๘)	Pneumonia (๒๔๐)	CKD (๒๓๒)	Pneumonia (๑๖๗)
๔	Stroke (๑๑๘)	Heart Failure (๑๕๗)	Stroke (๒๑๔)	CKD (๒๒๓)	COPD (๒๒๕)	COPD (๑๕๑)
๕	COPD (๑๑๘)	Stroke (๑๕๑)	CKD (๒๐๙)	Stroke (๑๗๙)	Stroke (๑๕๑)	UTI (๑๑๗)

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (แยกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

กลุ่มผู้รับผลงาน ลูกค้าภายนอก	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วยและญาติ	- ได้รับการดูแลรักษาที่เอาใจใส่ ให้ข้อมูลครบถ้วนในการรักษา - ได้รับการดูแล รวดเร็ว ได้มาตรฐาน ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน - ได้รับโอกาสวางแผนและตัดสินใจร่วมในการรักษา - มีเจ้าหน้าที่อยู่ในหอผู้ป่วยตลอดเวลา กระตือรือร้นเต็มใจให้บริการ - ให้ญาติสามารถเข้าเยี่ยมและให้การดูแลกรณีช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และญาติต้องการดูแลใกล้ชิด
ครอบครัวและญาติ	- ได้รับข้อมูล อากาแผนการรักษา - ได้รับข้อมูลการวางแผนดูแลในระยะยาวเมื่อกลับบ้าน - ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ และไม่เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย
ผู้บริหาร	ให้การดูแลตามกระบวนการที่ได้มาตรฐาน โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ไม่มีข้อร้องเรียนและการฟ้องร้อง
องค์กรแพทย์	ให้การดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ หากมีข้อสงสัยในคำสั่งรักษาให้สอบถามทวนกลับ และรายงานอาการให้ถูกต้องครอบคลุมทันเวลา
ER	- มีการสื่อสารประสานงานข้อมูลที่ดีทั้งผู้ให้และผู้รับสาร - รับเข้า Admit ในหอผู้ป่วยได้ตามเกณฑ์กำหนดเวลา
นักรายภาพ	- มีการสื่อสารประสานงานข้อมูลที่ดีทั้งผู้ให้และผู้รับสาร - มีการประสาน รวดเร็วต่อการให้บริการ
นักโภชนาการ	- มีการสื่อสารประสานงานข้อมูลที่ดี ครอบคลุมโรค เพื่อเหมาะสมการให้บริการผู้ป่วย

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

๑. บุคลากรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย และให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ
๒. ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
๓. ไม่เกิดข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่

จ. ความท้าทาย และความเสี่ยงสำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

๑. การดูแลและประเมินกลุ่มโรคสำคัญ ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงโดยไม่ได้คาดการณ์
๒. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ
๓. อุบัติการณ์ การติดเชื้อดื้อยาในขณะนอนโรงพยาบาล
๔. ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่
๕. พัฒนาบุคลากรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย และให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ
๖. บริหารจัดการเตียงให้เพียงพอและพร้อมรับทันที

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์
๑	การดูแลและประเมินกลุ่มโรคสำคัญ ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงโดยไม่ได้คาดการณ์	-พัฒนาทักษะ และสมรรถนะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญเช่น Sepsis, ACS, Stroke ,Pneumonia และ การใช้ NEWS SCORE -ติดตามนิเทศ/กำกับติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าทีมการพยาบาล อย่างต่อเนื่อง ถึงทักษะการแบ่งผู้ป่วยประเภท ๔-๕ Need ICU Management NEWS Score ต้องรายงานแพทย์ค่อนาน เพื่อให้ แพทย์ Staff รับทราบทุกCase เพื่อพิจารณาย้าย ICU -ประเมินการใช้กระบวนการพยาบาลและการวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยใช้ One day One Chart - Audit เวชระเบียนโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย	- ผู้ป่วยทรุดหนักโดยไม่คาดการณ์ลดลง - อัตราการการเสียชีวิตจากการทรุดลงโดยไม่ได้คาดการณ์ เป็นศูนย์
๒	อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ	-ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ - ปรับปรุงการมอบหมายงาน - นิเทศติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย - เบิกอุปกรณ์ป้องกันเพิ่มเติมให้เพียงพอ -ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการให้ยา ตามระบบ UIMC -นิเทศติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย	-อัตราการเกิดแผลกดทับลดลง
๓	อุบัติการณ์การ Medication error		-อัตราการเกิด Medication error ลดลง
๔	อุบัติการณ์การติดเชื้อมาในขณะนอนโรงพยาบาล	-ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล -ติดตามนิเทศ/กำกับติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าทีม การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	-อัตราการติดเชื้อดื้อยาลดลง
๕	ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่	-มีการสื่อสารให้ข้อมูลย้อนกลับ กับเจ้าหน้าที่ในทุกระดับเมื่อเกิดประเด็นการร้องเรียน - ส่งเจ้าหน้าที่ทุกระดับเข้ารับการอบรมด้านพฤติกรรมบริการ - ส่งเสริมจริยธรรมทางการแพทย์ - ส่งเสริมด้านจิตปัญญา	- อัตราการเกิดข้อร้องเรียนเป็น ๐
๖	การควบคุมการเบิกจ่าย อุปกรณ์การแพทย์ ไม่ตรงจำนวนคงคลังตึก	-จัดทำแนวทางการเบิกจ่าย ควบคุมพัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ - มอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจน - สุ่มตรวจทุกเดือน	-พัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ เพียงพอ และตรงกับปริมาณคงคลังของตึก

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ด้านปริมาณงาน

รายการ	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
สถิติการให้บริการผู้ป่วย	๓,๓๗๒	๓,๙๔๐	๔,๓๙๒	๔,๙๗๙	๕,๐๐๕	๔,๘๗๙
Productivity	๑๒๖.๖๖	๑๕๙.๒๕	๑๗๓.๔	๑๖๗.๗	๑๒๙.๑๕	๑๓๗.๓๖
อัตราครองเตียง	๖๙.๖	๗๕.๘	๖๗.๗	๙๓.๗๓	๙๕.๓๖	๙๔.๖๓
อัตราการไข้เตียง	๗.๖	๘	๙.๑	๑๑.๒๔	๑๐.๔๓	๑๑.๑๗
วันนอนเฉลี่ย	๒.๙	๒.๘๓	๒.๒	๒.๕๘	๒.๗๗	๒.๕๘

ด้านบุคลากร

อายุรแพทย์	พยาบาล วิชาชีพ	นักวิชาการ สาธารณสุข	ผู้ช่วยพยาบาล	พนักงานช่วยเหลือ คนไข้
๑๖ คน	๑๖ คน	๒	๗ คน	๑ คน

ข้อมูลพยาบาลเฉพาะทาง มีพยาบาลปริญญาโทสาขาบริหารการพยาบาล ๑ คน มีพยาบาลเฉพาะทาง ๔ เดือน ผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจและหลอดเลือด ๑ คน เฉพาะทาง ๔ เดือน การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ๓ คน

อัตรากำลัง : จัดให้มีเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลผลิตเปลี่ยนหมุนเวียนกันขึ้นเวรเพื่อดูแลผู้รับบริการตลอด

๒๔ ชั่วโมง การมอบหมายงาน แบ่งเป็น ๒ ทีม ทำหน้าที่ในการให้บริการแบบ Functional โดยจัดเป็น ๓ เวร ดังนี้

- เวรเช้า เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
- เวรบ่าย เวลา ๑๖.๓๐ – ๐๐.๓๐ น.
- เวรดึก เวลา ๐๐.๓๐ – ๐๘.๓๐ น.

การจัดอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน วันราชการอัตรากำลังพยาบาล เวรเช้า : บ่าย : ดึก คือ ๖ : ๕ : ๔ สำหรับ อัตรากำลังระดับผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยเหลือเหลือคนไข้ คือ ๓ : ๓ : ๒ วันหยุดราชการอัตรากำลังพยาบาล เวรเช้า : บ่าย : ดึก คือ ๖ : ๕ : ๔ และมีการปรับอัตรากำลังตาม Productivity แต่ละเวร

เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

ข้อมูล	พ.ศ. ๒๕๖๔	พ.ศ. ๒๕๖๕	พ.ศ. ๒๕๖๖	พ.ศ. ๒๕๖๗	พ.ศ. ๒๕๖๘
เครื่องมือที่สำคัญ					
Defibrillator	๑	๑	๑	๑	๑
EKG Monitor	๕	๑	๑	๑	๐
Central monitor	๐	๕	๕	๘	๘
EKG ๑๒ lead	๑	๑	๑	๑	๑
เครื่องวัดความอิ่มตัวของ Oxygenในกระแสเลือด	๒	๒	๒	๒	๒

๒.กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๑. การเข้าถึงและเข้ารับ บริการ	-ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ปลอดภัยทันเวลา โดยผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติ เหมาะสมกับตำแหน่งและมาตรฐานวิชาชีพ	- การรับ Admit ได้ตามเกณฑ์ กำหนดระยะเวลา
๑.๑ การเตรียมความพร้อม	-มีเครื่องมือ อุปกรณ์ เพียงพอ และพร้อมใช้ อยู่เสมอ	-จำนวนครั้งอุบัติการณ์ความไม่ พร้อมของเครื่องมือที่สำคัญ
๑.๒ การรับใหม่	๑. ทีมผู้ให้บริการมีกระบวนการรับใหม่/รับ ย้ายผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับปัญหา และ ความต้องการอย่างรวดเร็ว ทันเวลา มีการ ประสานงานที่ดีของสหสาขาวิชาชีพ ๒. ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพและ ความต้องการอย่างถูกต้องเหมาะสมกับ ปัญหา	๑. จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหา เร่งด่วนได้รับการแก้ไขปัญหา อย่างทันท่วงที ๒. จำนวนผู้ป่วย ICU Condition Admit ที่ Ward ได้รับการ ประเมินและได้ย้ายเข้า ICU ใน เวลาที่เหมาะสม.
๒. การประเมินผู้ป่วย	๑.เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลและเฝ้า ระวังอย่างมีมาตรฐาน และปลอดภัย ๒.ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายและได้รับการ วินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง ประเมินปัญหาสุขภาพ และส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมทันเวลา ๓.ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำ (Re-assessment) เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง และได้รับการแก้ไขปัญหายาอย่างถูกต้องและ ทันท่วงที	๑. อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดหนักโดย ไม่คาดการณ์ ๒. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัยโรคผิดพลาดและAdmit ผิดพลาด
๓. การวางแผนดูแล	๑. ทีมผู้ให้บริการให้การรักษายาบาล ตามมาตรฐานวิชาชีพ ๒. ทีมผู้ให้บริการมีแผนการดูแลและการ ประสานงานกับ สหสาขาวิชาชีพ เพื่อดูแล ผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและส่งเสริม สุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ๓. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและและมี ส่วนร่วมในการดูแลรักษาของทีมผู้ให้บริการ	- อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ การรักษาตามแนวทางที่วางไว้
๔. การวางแผนจำหน่าย	๑. มีการวางแผน ให้ข้อมูลโรค การดูแล ต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้เหมาะสม กับโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ถูกต้อง เหมาะสมกับโรค สภาพปัญหาและ	๑. อัตราการ Re Admit ใน ๒๘ วัน โดยไม่ได้รับการวางแผน เนื่องจากปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ๒. ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามนัด และดูแลต่อเนื่อง

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
	ความต้องการหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ๒. ผู้ป่วยและญาติมีพลังและศักยภาพ ความ พร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน	
๕. การดูแลต่อเนื่อง	๑. ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ Home Ward ได้รับการ ส่งต่อ ๒. ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การเยี่ยมบ้านได้รับการ ประเมินและส่งต่อ ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง	๑. จำนวนผู้ป่วยส่งเข้า Home Ward ๒. อัตราการส่งเยี่ยมบ้านในกลุ่ม ที่เข้าเกณฑ์ ตามระบบThai COC
๖. กิจกรรมชุมชน	-เพื่อการบันทึกประวัติที่ครบถ้วนถูกต้อง ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย	-อัตราความสมบูรณ์ของเวช ระเบียนมากกว่าร้อยละ ๘๐

๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

หัวข้อข้อมูลปริมาณงาน	ข้อมูลย้อนหลัง ๓ปี(ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖)				
	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑. ผู้ป่วยทรุดหนักโดยไม่ คาดการณ์	๕	๔	๒	๓	๔
๒. อัตราการเกิดแผลกดทับ ระดับ ๒ ขึ้นไป	๑.๕๕ (๑๗)	๑.๗๘ (๒๑)	๑.๓๗(๑๗)	๑.๕๘(๑๗)	๐.๗๐(๗)
๓. อัตราการติดเชื้อใน โรงพยาบาล	๐.๔๐๖ (๑๖)	๐.๔๐๙ (๑๘)	๐.๒๔๑ (๑๒)	๑.๖๖ (๒๓)	๐.๔๗(๖)
๔. อัตราการติดเชื้อ UTI/๑๐๐๐วันใส่ Cath	๐	๒.๐๕ (๓)	๐.๖๗ (๓)	๕.๐๒ (๖)	๒.๔(๑)
๕. อัตราการติดเชื้อ VAP	๐	๖.๑๖ (๓)	๐	๒๑.๔๓(๓)	๐
๖. อัตราการติดเชื้อ HAP	๐.๑๙ (๘)	๐.๒๐ (๑๐)	๐.๖๗ (๓)	๐.๐๙ (๕)	๐.๐๔(๒)
๗. จำนวนครั้งการเกิด Admin error เฉพาะ ABO และ HAD	๑๘	๑๐	๒	๒๖	๑๕
๘. ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ (ร้อยละ)	๘๓.๓๕	๘๖.๖๓	๗๕.๔๒	๘๔.๐๓	๘๗.๖๑
๙. อัตราการกลับมารักษา ซ้ำใน ๒๘ วัน	๕.๕๐ (๑๔๖)	๒.๖๖ (๑๑๔)	๐.๑๙ (๑๔๓)	๙.๓(๑.๘๕)	๒.๓๓(๑๑๔)
๑๐. จำนวนครั้งของ เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจาก การทำงาน	๐	๐	๒	๓	๒

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๔.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	วิธีการทำงานที่สำคัญ	แนวคิด/ผลลัพธ์
๑. ค้นหา ติดตาม ทบทวน ผู้ป่วยทรุดหนักโดยไม่คาดการณ์	๑. ติดตาม นิเทศโรคหลัก Sepsis ACS Stroke pneumonia ๒. นิเทศ ติดตามการใช้ NEWS Score รัปใหม่ทุกราย และประเมินต่อเนื่องตาม NEWS management ๓. ประเมิน ให้การพยาบาล โดยการแบ่งประเภทผู้ป่วยตามเกณฑ์ ๔. ประเมิน ทบทวนดูแลผู้ป่วย Alcohol with drawl เป็นโรคร่วม	สามารถประเมินผู้ป่วยทรุดหนักไม่คาดการณ์ อัตราเสียชีวิต เป็น ๐
๒. One day One chart	๑. เลือกผู้ป่วยรายที่มีปัญหาซับซ้อน มาทบทวนหลังการรับเวร โดยใช้ One day One chart เป็นเครื่องมือในการนิเทศ ๒. มีการสื่อสารประเด็นสำคัญที่ต้องมุ่งเน้นในการดูแลผู้ป่วย ๓. ร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงโอกาสพัฒนาในการดูแลผู้ป่วย เช่น ความไม่ครอบคลุมของการระบุปัญหา การวางแผนการจำหน่าย เป็นต้น ๓.หัวหน้า นิเทศติดตามและให้ข้อเสนอแนะ	คะแนนประเมิน One day One chart ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เฉลี่ยร้อยละ ๘๕ ต้องมีการพัฒนาการเขียนบันทึกปัญหาทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย และเพิ่มความครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ
๓. CQI การเพิ่มทักษะในการส่งผู้ป่วย เข้ารับการตรวจพิเศษ เช่น การส่องกล้อง	๑. พัฒนาความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ ในการเตรียมและการส่งตรวจ การให้การพยาบาล หลังส่งตรวจ FOB EGD ERCP โดยพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ส่องกล้อง ๒. จัดให้พยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคทางเดินอาหาร และการพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ	๑. จำนวนอุบัติการณ์ ความผิดพลาดในการเตรียมความพร้อมในการส่งตรวจ เป็น ๐ ๒. จำนวนอุบัติการณ์ ภาวะแทรกซ้อนจากการส่งตรวจเป็น ๐

๔.๒ การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	วิธีการทำงานที่สำคัญ	แนวคิด/ผลลัพธ์
๑. การทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพื่อหาโอกาสพัฒนา และป้องกันการเกิดซ้ำ	๑. ส่งเสริมให้มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและส่งเสริมให้มีการรายงาน ความเสี่ยงในโปรแกรม ๒. ใช้แนวทาง I – SITDOWN Model ในการเฝ้าตรวจผู้ป่วยเพื่อค้นหาและป้องกันความเสี่ยง ๓. ทบทวนอุบัติการณ์สำคัญร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง ๔. สื่อสารแนวปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนแก่สมาชิกทีม	-สามารถค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกได้ ไม่เกิดอุบัติการณ์รุนแรง - นำแนวปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนมาปฏิบัติได้อย่างครบถ้วน
๒. พัฒนาการบริหารยา High alert drug	๑. มีการออกแบบและพัฒนากระบวนการบริหารร่วมกับแพทย์และเภสัชกร ๒. มีแนวทางการบริหารยา High alert drug ๓. หัวหน้าตึก นิเทศติดตามการบริหารยา High alert drug	พบอุบัติความเสี่ยง High alert drug ๑ ครั้ง
๓. พัฒนาการทำ Drug reconciliation	๑. สร้างความตระหนักแก่พยาบาลวิชาชีพ ๒. ดำเนินการร่วมกับสหวิชาชีพ ร่วมกับแพทย์ เภสัชกรและศูนย์คอมพิวเตอร์ ในการนำข้อมูลมาใช้ได้สะดวกขึ้น ๓. หัวหน้าตึก นิเทศติดตามการทำ Drug reconciliation	อัตราการ Drug reconciliation มากกว่า ๙๐%

๕. แผนการพัฒนายอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	วิธีการทำงานที่สำคัญ	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์
๑. โครงการฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ BLS/ACLS	๑. กำหนดในแผนประจำปี	-จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพ BLS/ACLS ร้อยละ ๑๐๐
๒. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ	๑. มีระบบปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพใหม่เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ๒. มีการนิเทศทางคลินิก ๓. มีการอบรมฟื้นฟูความรู้ ๔. มีระบบพี่เลี้ยง ๕. มีการนิเทศ ติดตาม	- จำนวนพยาบาลที่ใหม่ได้รับการอบรมและนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ

๓. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย ป้องกันการเกิด Pressure sore	๑. ปรับระบบการมอบหมายการดูแลผู้ป่วย ๒. นิเทศ ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันแผล Pressure Sore ๓. ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุและหาโอกาสพัฒนา	-พบผู้ป่วยเกิด Pressure sore ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ จำนวน ๗ ราย
๔. พัฒนาพยาบาลวิชาชีพใหม่ให้เป็นหัวหน้าทีมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ	๑. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมจัดอบรม พี่สอนน้องในเรื่อง การเป็นหัวหน้าเวรที่มีประสิทธิภาพ แก่น้องที่ทำงานครบ ๑ ปี ๒. มีการจัดให้มีพี่เลี้ยง ในการให้คำแนะนำ สอนงาน แก่พยาบาลวิชาชีพที่เริ่มเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล	-พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานครบ ๑ ปี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ จำนวน ๑ คน สามารถทำหน้าที่หัวหน้าทีมการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๕. พัฒนาคุณภาพการรับ-ส่งเวร	๑. ใช้หลัก S-BAR ในการรับส่งเวร ๒. แบ่งการดูแล ๒ ทีม	๑. การรับส่งเวรมีประสิทธิภาพ ๒. ลดระยะเวลาการรับส่งเวร

ที่มา : งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

๑.บริบท (Context)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยชายอายุตั้งแต่ ๑๐ ปีขึ้นไป ด้านศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมหลอดเลือด ศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมช่องปากและไพบุหน้า รับผู้ป่วยวิกฤติทางด้านศัลยกรรม กรณีหอผู้ป่วยหนักเตียงเต็ม รับดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤตต่อเนื่องจากหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม ผู้ป่วยที่ต้องรับการส่องตรวจวินิจฉัยโรคทางศัลยกรรม ผู้ป่วยมะเร็งทางศัลยกรรมที่ต้องรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยศัลยกรรมระยะสุดท้าย

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤต ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และปลอดภัยจากความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเรื้อรัง ได้รับการส่งเสริม สนับสนุน ให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะของผู้ป่วย ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

จำนวนเตียง ๔๓ เตียง สามัญ ๓๒ เตียง ประกันสังคม ๓ เตียงพิเศษ ๘ เตียง บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล รวม ๒๖ คน พยาบาลวิชาชีพ ๑๘ คน ผู้ช่วยพยาบาล ๓ คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๕ คน จัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ เวร ตึก:เช้า:บ่าย ๔: ๖: ๕ ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ด้วยการจัดการบริการพยาบาลระบบ ๒ ทีมร่วมกับ functional (Productivity) เฉลี่ยปี ๒๕๖๖-๒๕๖๘ = ๑๔๓.๕๕ % (ปกติ ๙๐ – ๑๑๐%)

อัตราครองเตียง เฉลี่ยปี ๒๕๖๖-๒๕๖๘ = ๙๔.๐๔ % รับผู้ป่วยเฉลี่ย ๔,๘๘๔ คน/ปี รับใหม่เฉลี่ย ๕-๑๔ คน/วัน ผู้ป่วยผ่าตัดเฉลี่ย ๔๑๗ คน/เดือน ดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย ๑-๓ คน/วัน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง และผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัดเฉลี่ย ๔ ราย/เดือน

อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ ได้แก่ Ventilator , Defibrillator, EKG ๑๒ lead , Infusion pump Monitor BPและ O₂ saturation

กลุ่มโรคที่สำคัญคือ

๑. Head injury
๒. Appendicitis
๓. Cancer
๔. Hernia
๕. Chronic wound

กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ คือ

๑. Head injury
๒. UGIH
๓. PUP
๔. Necrotizing Fasciitis
๕. Cancer

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญและความท้าทาย ผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเรื้อรัง ได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเองได้ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะของผู้ป่วย

๒. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๑. การเตรียม - การจัดลำดับความรุนแรง - การให้ข้อมูล - การลงนามยินยอมและการ ระบุตัวผู้ป่วย	- ผู้ป่วยได้รับการเตรียมการตรวจ รักษาในเวลาที่เหมาะสมและได้รับ ข้อมูลครบถ้วนมีการระบุตัวผู้ป่วย ได้ถูกต้อง	- มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยไปใน ทิศทางเดียวกัน - ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อน รับการดูแลรักษา - มีการระบุตัวผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการทำ กิจกรรมให้ผู้ป่วย
๒. ประเมินและวินิจฉัยโรค - การซักประวัติ - การตรวจร่างกาย - การวินิจฉัยอื่นๆ	- มีการใช้กระบวนการพยาบาล ประเมินวางแผน และบันทึกการ ดูแลรักษาเป็นระยะเพื่อตอบสนอง ความต้องการด้านปัญหาสุขภาพ ของผู้ป่วยแต่ละราย	- ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและ รวบรวมข้อมูลเพื่อวินิจฉัยและวางแผน ในการดูแลรักษาพยาบาล
๓. การวางแผน - มีการประสานงานสหสาขา - การมอบหมายความรับผิดชอบ - การเตรียมเครื่องมือ	- มีการมอบหมายงาน การสื่อสาร และการประสานงานที่มี ประสิทธิภาพ - มีการบำรุงรักษาเครื่องมือให้อยู่ ในสภาพพร้อมใช้	- เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปใน ทิศทางเดียวกัน ต่อเนื่องรวดเร็ว ปลอดภัย ไม่ซ้ำซ้อน
๔. การดูแลรักษา	- มีกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามมาตรฐานวิชาชีพภายใต้ สถานการณ์ของโรงพยาบาลโดย บุคลากรที่เหมาะสม	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตาม มาตรฐานวิชาชีพอย่างถูกต้องปลอดภัย - ทีมการพยาบาลมีพฤติกรรมการบริการ ที่ดี
๕. การประเมินซ้ำ - การสังเคราะห์ข้อมูลและ รายงานแพทย์	- มีการเฝ้าระวัง ประเมิน สังเคราะห์ข้อมูลและ ประสานงานอย่างเป็นระบบ	- ผู้ป่วยได้รับการระวังปัญหาความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้น - ได้รับการประเมินผลการรักษา พยาบาลและรายงานแพทย์ได้อย่าง เหมาะสม
๖. กิจกรรมคู่ขนาน - การบันทึกเวชระเบียน	- มีการจัดทำเวชระเบียนที่ใช้ ร่วมกันในทีมผู้ให้บริการ ในการบันทึกปัญหาของผู้ป่วย แผนการรักษา การปฏิบัติตาม แผนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้ เกิดการสื่อสารระหว่างทีมงานผู้ให้ การดูแลผู้ป่วยและเกิดความ ต่อเนื่องในการรักษา	- แฟ้มประวัติผู้ป่วยบันทึกถูกต้องชัดเจน

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
- การให้ข้อมูล/สุศึกษา - การวางแผนการจำหน่าย - การเช็คสิทธิ	- มีการใช้กระบวนการพยาบาลโดยใช้ APIE ในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล มีการตรวจสอบภายใน การประเมินตนเองของหน่วยงาน เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล - มีการใช้ CPG ในโรคกลุ่มสำคัญ - มีแนวทางในการวางแผนการจำหน่ายร่วมกันในทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วย - มีขั้นตอนการตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม	- ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลสุศึกษาที่ถูกต้องและมีการบันทึกการให้สุศึกษา - ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน - ลดปัญหาความผิดพลาดของการเงิน - ลดระยะเวลาการรอจำหน่ายผู้ป่วย
๗. การจำหน่าย - การเตรียมการดูแลที่บ้าน - การส่งต่อ - การนัดติดตาม	- มีกระบวนการในการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและมีบันทึกการส่งต่อที่ชัดเจนส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวโดยเร็วที่สุดและไม่กลับมารักษาซ้ำ	- ผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเหมาะสม - ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง - ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด

๓. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
จำนวนผู้ป่วย		๔๓๖๑	๕๒๘๓	๕๐๐๗
จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับระดับ๒ขึ้นไป		๑๑	๑๒	๑๓
จำนวนอุบัติการณ์การบริหารยาเคมีบำบัดผิดพลาด	๐ ราย/๑๐๐๐ วันนอน	๐	๐	๐
จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด ทำให้ต้องเลื่อน/งดผ่าตัด	๐ ครั้ง	๒	๓	๒
อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียน	๐ ครั้ง	๙๑.๒๘	๙๐.๙๖	๙๐.๘๕
Productivity	๙๐-๑๑๐ %	๑๕๘.๖๓	๑๒๗	๑๔๕

ตัวชี้วัดคุณภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการหนักตามข้อบ่งชี้ ไม่ได้เข้ารับการดูแลใน ICU แล้วมีอาการทรุดลง	๐ ครั้ง	๒	๒	๑
จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่Admitซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว	๐	๑	๑	๒
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด	< ๑ %	๐	๐	๐

ที่มา : หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

๑.บริบท (Context)

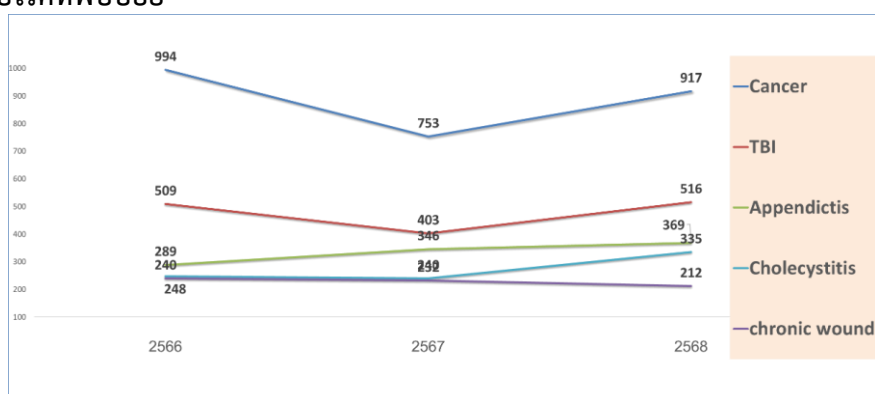
ก.หน้าที่ และ เป้าหมาย (Purpose)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำพูน ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมหลอดเลือด ศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมช่องปากและไอบุหน้า ศัลยกรรมเด็ก ในเพศหญิง และศัลยกรรมเด็กเพศชายที่อายุน้อยกว่า ๑๐ ปี ให้เคมีบำบัดผู้ป่วยมะเร็งทางศัลยกรรมทั้งเพศหญิงและเพศชาย การส่องกล้องเพื่อผ่าตัดหรือตรวจวินิจฉัยโรคทางศัลยกรรม ผู้ป่วยวิกฤต กรณีหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมเต็ม โดยมีการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ

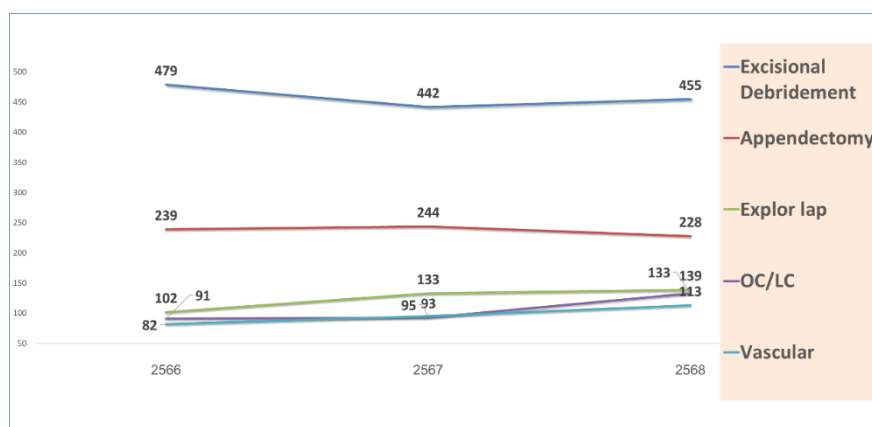
ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope Of Service)

ให้บริการดูแลรักษาพยาบาล ๒๔ ชั่วโมง ในผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมหลอดเลือด ศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมช่องปากและไอบุหน้า ศัลยกรรมเด็ก ในเพศหญิง และศัลยกรรมเด็กเพศชายที่อายุน้อยกว่า ๑๐ ปี ให้เคมีบำบัดผู้ป่วยในมะเร็งทางศัลยกรรมทั้งเพศหญิงและเพศชาย การส่องกล้องเพื่อผ่าตัดและตรวจวินิจฉัยโรคทางศัลยกรรม ผู้ป่วยวิกฤตโรคทางศัลยกรรมกรณี หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมเต็ม แต่ไม่สามารถให้บริการผู้ป่วย CVT ได้ มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย ๔๓ เตียง ประกอบด้วย สามัญ ๓๒ เตียง ประกันสังคม ๓ เตียง ห้องพิเศษรวม ๘ เตียง

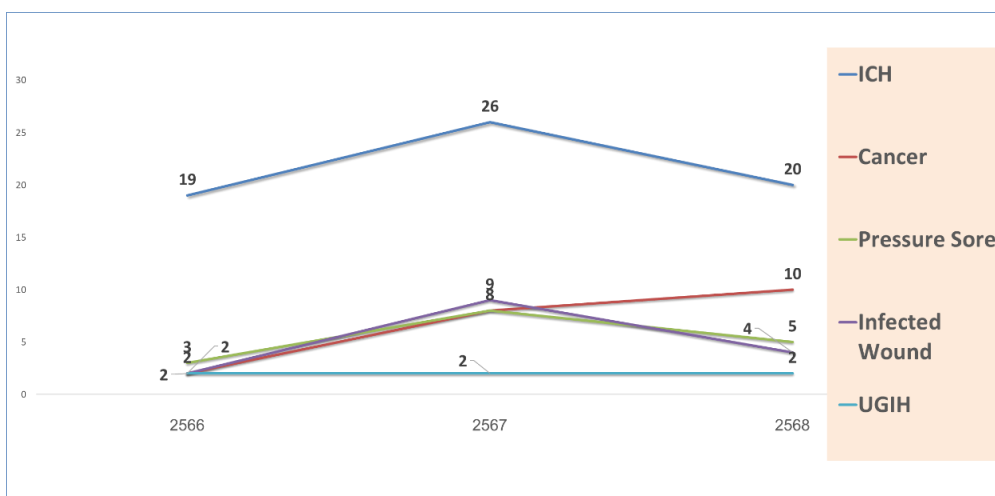
๕ อันดับโรคที่พบบ่อย



๕ หัตถการสำคัญที่พบบ่อย



๕ อันดับโรคเสียชีวิต



ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (ลูกค้าภายนอก)

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
๑. ผู้ป่วยและญาติ	๑. การได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตรงตามอาการและโรคที่เป็นตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ๒. ทราบรายละเอียดของการเจ็บป่วย วิธีการรักษา ผลการรักษาและการพยากรณ์โรค การดูแลหลังการรักษาอย่างต่อเนื่อง ๓. มีส่วนร่วมรับรู้เรื่องโรคที่เป็นตลอดจนมีส่วนร่วมตัดสินใจในเรื่องการดูแลรักษา ๔. ความมั่นใจในการดูแลรักษาพยาบาลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ๕. ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็วทันทั่วทั้งที่ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ๖. สถานที่สภาพแวดล้อมในตึกสะอาด สะดวก ปลอดภัย ๗. เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมบริการที่ดี สุภาพ เอาใจใส่ บริการรวดเร็วเป็นที่น่าพอใจ
๒. ชุมชน/ รพ.สต.	๑. การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องในชุมชน อย่างถูกต้อง ครอบคลุม ชัดเจน สามารถติดต่อสอบถามได้ และส่งข้อมูลทางโปรแกรมเยี่ยมบ้าน
๓. โรงพยาบาลอื่นๆที่รับส่งต่อ	๑. การประสานงานก่อนการส่งต่อผ่าน call center อย่างถูกต้อง ครอบคลุม ชัดเจน ๒. ส่งข้อมูลทางโปรแกรมเยี่ยมบ้าน และเอกสารเพิ่มเติมที่ครบถ้วน ชัดเจน

ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (ลูกค้าภายใน)

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการผู้รับผลงาน (ลูกค้าภายใน)
๑. ผู้บริหารโรงพยาบาล	๑. ให้การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานโดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และไม่มีข้อร้องเรียนหรือฟ้องร้อง
๒. องค์กรพยาบาล	๑. ให้บริการทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน ภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพ

๓. แพทย์	๑. การได้รับความร่วมมือ ความสะดวก รวดเร็วในการดูแลรักษา ตลอดจนได้รับทราบปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ๒. ได้รับการช่วยเหลือในการตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย ๓. มีทีมพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถ รับคำสั่งการรักษาถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว ๔. ได้รับการรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็ว ทันการณ์ ๕. การบันทึกข้อมูลผลการตรวจต่างๆ ได้ถูกต้องครอบคลุม ๖. มีอุปกรณ์การแพทย์ที่ดี ทันสมัย และเพียงพอต่อการใช้งาน
๔. ห้องยาและเวชภัณฑ์	๑. การประสานงานที่ดี ชัดเจน ถูกต้อง รวดเร็ว ๒. ใบคำสั่งการรักษาที่ส่ง Fax ที่มีข้อมูล Identify ผู้ป่วย ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ๓. การส่งคืนยาผู้ป่วยที่ถูกต้อง ตามเวลา
๕. พยาธิวิทยา	๑. การ Request Lab ในระบบคอมพิวเตอร์ถูกต้อง ครบถ้วน ๒. การเก็บ Specimen ที่ส่งตรวจอย่างถูกต้อง ตามระเบียบปฏิบัติ
๖. แผนกรังสี	๑. การประสานงานที่ดี ชัดเจน ถูกต้อง รวดเร็ว ๒. ใบ Request ต่างๆ ถูกต้อง ครบถ้วนและมีข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกต้องครบถ้วน ๓. การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งตรวจถูกต้อง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจทุกครั้ง และส่งผู้ป่วยไปตรวจตรงเวลา
๗. ห้องผ่าตัด/วิสัญญี	๑. การประสานงานที่ดี ๒. การส่ง Set OR ในระบบคอมพิวเตอร์ อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและมีการตรวจสอบซ้ำ ๓. การส่งผู้ป่วยเข้า OR อย่างถูกต้อง มีการ Mark site ตำแหน่งผ่าตัด ส่งผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนด พร้อมทั้งเวชระเบียนและของใช้ในการทำผ่าตัดที่ถูกต้องครบถ้วน มีการตรวจสอบสิ่งของต่างๆ ที่อาจติดไปกับผู้ป่วย ก่อนส่งผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย ตามแนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยของห้องผ่าตัด/วิสัญญี
๘. ห้องตรวจผู้ป่วยนอก/ห้องฉุกเฉิน/ICU	๑. ความพร้อมในการเตรียมรับผู้ป่วย ทั้งเตียงและอุปกรณ์ต่างๆ ๒. ใบนัดผู้ป่วยที่ถูกต้อง เตรียมและระบุข้อมูลเพิ่มเติมที่ครอบคลุมก่อนพบแพทย์
๙. เวชระเบียน	๑. มีการประสานงานที่ดี ๒. มีการส่งคืนเวชระเบียนที่แพทย์สรุปแล้ว อย่างครบถ้วน ภายในเวลาที่กำหนด
๑๐. ศูนย์ประกัน	๑. มีการเตรียมเอกสารถูกต้องครบถ้วน ๒. มีการส่งตรวจสอบสวนสิทธิการรักษาให้รวดเร็วที่สุด
๑๑. ศูนย์จำหน่าย	๑. คิดค่าใช้จ่ายครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ(Key Quality Issuer)

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ได้รับการเสริมพลัง และข้อมูลการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและโรคที่เป็นอยู่ รวมถึงการได้รับการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และมีความพึงพอใจ

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นในการพัฒนา

ความท้าทาย

๑. การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดได้ถูกต้อง ครบถ้วน
๒. การเก็บส่งส่งตรวจได้ถูกต้อง ครบถ้วน
๓. การบริหารยาในหอผู้ป่วยโดยใช้ UIMC
๔. การระบุตัวผู้ป่วยและเอกสารถูกต้อง
๕. ไม่มีผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์

ความเสี่ยงสำคัญ

๑. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม
๒. Labs Adverse Event จากเลือดที่ส่งตรวจ Clot/Hemolysis
๓. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วย
๔. ความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วยและเอกสาร
๕. ผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๑	การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งห้องผ่าตัดไม่เหมาะสม	๑. มีแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งห้องผ่าตัด ๒. มีการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทุกเดือนเพื่อหาสาเหตุมาปรับปรุงแก้ไข ๓. Monitor ต่อ	จำนวนการเกิด Risk จากการเตรียมผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดไม่เหมาะสม < ๑๐ ครั้ง/ปี
๒	Labs Adverse Event จากเลือดที่ส่งตรวจ Clot/Hemolysis	๑. เชิญเจ้าหน้าที่ห้อง Labs.มาให้ความรู้เรื่องเทคนิคต่างๆในการเก็บเลือดส่งตรวจที่เหมาะสมให้แก่พยาบาลทุกคนในวันประชุมหน่วยงาน ๒. ทำแผ่นป้ายวิธีเก็บเลือดลง Tube เก็บเลือดแต่ละชนิดติดไว้ในที่เห็นชัดเจน ๓. มีการทบทวนเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นเดือนละครั้ง ๔. Monitor ต่อ	จำนวนการเกิด Risk จาก Labs Adverse Event ลดลง < ๑๐ ครั้ง/ปี
๓	ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วย	๑. ติดตามกำกับ ให้ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา ๒. มีการนำ Robot มาช่วยในการบริหารยา	- จำนวนการเกิด Risk จาก

		๓. สื่อสารผลกระทบที่เกิดขึ้นให้ผู้ปฏิบัติ รับทราบ ๔. กระตุ้น และส่งเสริมให้นำทักษะ NTS มา ใช้ในการปฏิบัติงาน ๕. มีการทบทวน RCA ๕ Tier ในระดับความ เสี่ยง E ขึ้นไป ๖. มีการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทุกเดือน เพื่อหาสาเหตุมาปรับปรุงแก้ไข ๗. ติดตามต่อจากโปรแกรมความเสี่ยง	Administration Error เป็น ๐ - อัตราการบริหาร ยาโดยใช้ UIMC > ร้อยละ ๕๐
๔	ความคลาดเคลื่อนในการ ระบุตัวผู้ป่วยและเอกสาร	๑. นิเทศ ติดตาม กำกับ ให้ปฏิบัติตามแนวทาง ๒. สื่อสารผลกระทบที่เกิดขึ้นให้ผู้ปฏิบัติ รับทราบ ๓. กระตุ้น และส่งเสริมให้นำทักษะ NTS มา ใช้ในการปฏิบัติงาน ๔. มีการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทุกเดือน เพื่อหาสาเหตุมาปรับปรุงแก้ไข ๕. ติดตามต่อจากโปรแกรมความเสี่ยง	จำนวนการเกิด Risk จาก Patient Identify Error เป็น ๐
๕	อาการทรุดลงโดยไม่ คาดการณ์	๑. นิเทศ ติดตาม กำกับ ให้ปฏิบัติตามแนวทาง ๒. มีการประเมิน NEW score ผู้ป่วยแรกรับ ทุกราย ๑๐๐% และต่อเนื่องทุกวัน ๓. มีการแบ่งประเภทผู้ป่วยถูกต้องในการดูแล ตามมาตรฐาน ๔. สื่อสารผลกระทบที่เกิดขึ้นให้ผู้ปฏิบัติ รับทราบ ๕. กระตุ้น และส่งเสริมให้นำทักษะ NTS มาใช้ ในการปฏิบัติงาน ๖. มีการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทุกเดือน เพื่อหาสาเหตุมาปรับปรุงแก้ไข ๗. ติดตามต่อจากโปรแกรมความเสี่ยง	จำนวนการเกิด Risk จากอาการ ทรุดลงโดยไม่ คาดการณ์ เป็น ๐

ฉ.ปริมาณงาน และทรัพยากร ศักยภาพ ข้อจำกัด

๑.ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ข้อมูลปริมาณงาน	ข้อมูลย้อนหลัง ๕ ปี (ปี๖๔-๖๘)				
	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. จำนวนผู้ป่วยรวม (ราย)	๔,๖๗๒	๔,๔๖๐	๔,๕๙๓	๔,๓๒๑	๔,๘๘๙
๒. จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/เดือน (ราย)	๓๘๙	๓๗๒	๓๘๖	๓๖๐	๔๐๗
๓. วันนอนเฉลี่ย/คน (วัน)	๒.๔๕	๒.๓๑	๒.๔๔	๒.๗๔	๒.๘๐

ข้อมูลปริมาณงาน	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๔. อัตราครองเตียงเฉลี่ย/เดือน (%)	๗๗.๒๗	๘๑.๐๓	๘๐.๔๒	๗๙.๕๔	๘๔.๐๖
๕. จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน (ราย)	๓,๔๘๗	๓,๒๒๓	๔,๒๕๒	๓,๙๕๑	๓,๓๗๗
๖. จำนวนผู้ป่วย Refer ไปรักษาต่อ (ราย)	๔	๑๑	๔	๑๕	๙
๗. จำนวนผู้ป่วยที่ Refer Back (ราย)	๘๑	๖๓	๖๓	๙๕	๑๕๘
๘. จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (ราย)	๒๙	๕๕	๓๘	๕๙	๔๖
๙. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สมัครอยู่ (ราย)	๓๐	๔๗	๓๗	๒๗	๗
๑๐. จำนวนผู้ป่วยรับเคมีบำบัด(ครั้ง)	๙๐๐	๗๗๗	๗๑๑	๔๔๑	๕๐๘
๑๑. Productivity	๑๒๖.๑๕	๑๔๔.๐๖	๑๔๗.๒๒	๑๓๘.๖๐	๑๐๐.๖๖

๒.ด้านบุคลากร

พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยเหลือคนไข้
๑๖ คน	๔ คน	๒ คน

ข้อมูลเฉพาะทาง ประกอบด้วย พยาบาลเฉพาะทางบริหารทางการพยาบาล ๑ คน, พยาบาลเฉพาะทาง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (หลักสูตร ๔ เดือน) ๑ คน (หลักสูตร ๑ เดือน) ๑ คน, พยาบาลเฉพาะทาง หลักสูตร ET-nurse with Ostomy ๒ คน, พยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัด(หลักสูตร ๑ เดือน) ๓ คน (หลักสูตร ๑๐ วัน) ๙ คน, พยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตรอาจารย์พี่เลี้ยง ๓ คน การจัดอัตรากำลัง พยาบาลวิชาชีพเวช : เหวบ่าย : เหวตีก ๖ : ๕ : ๔ โดยใช้ระบบการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยในทุกๆเวร Productivity เฉลี่ย ๓ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘) = ๑๒๘.๘๓ %

การเสริมอัตรากำลัง สามารถดึงอัตรากำลังในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงหมุนเวียนช่วยได้ หากมีปัญหาดึง อัตรากำลังเสริมในหอผู้ป่วยไม่ได้ สามารถร้องขออัตรากำลังเสริมจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายช่วยได้

๓.เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

- เครื่องทำ EKG ๑ เครื่อง
- เครื่อง Vital Sign Monitor ๑๐ เครื่อง
- เครื่อง Suction ๕ เครื่อง
- เครื่อง Congo Suction ๕ เครื่อง
- เครื่อง Chest Pump ๒ เครื่อง
- เครื่อง O๒ Sat ๑ เครื่อง
- เครื่องมือ และอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญอื่นๆ สามารถยืมจากศูนย์เครื่องมือแพทย์หมุนเวียนใช้ได้ตลอด

๒๔ ชั่วโมง อย่างเพียงพอ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance indicator)
๑. การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (Access & entry)	๑. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและจำแนก ประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค อย่างถูกต้องตั้งแต่แรกรับ ๒. ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบระบุตัว ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	๑. อัตราการจำแนกผู้ป่วย ถูกต้อง > ร้อยละ ๘๐ ๒. อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาด ร้อยละ ๐

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance indicator)
๒. การประเมินผู้ป่วย (Patient assessment)	๑. ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกอย่างถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่ม ๒. ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง	๑. จำนวนครั้งการเกิดผู้ป่วยอาการทรุดหนักโดยไม่คาดการณ์ร้อยละ ๐
๓. การส่งตรวจ (Investigation)	๑. ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมตามแผนการรักษาของแพทย์	๑. จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร้อยละ ๐
๔. การดูแลผู้ป่วย (Care delivery)	๑. ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละคนอย่างเหมาะสม ๓. การบันทึกทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ สามารถใช้เพื่อสื่อสารในทีมสุขภาพและเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ ๔. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ๕. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีพฤติกรรมบริการที่ดี	๑. อัตราการเกิดผลกดทับ ร้อยละ ๐ ๒. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด < ร้อยละ ๐.๕ ๓. จำนวนครั้งการเกิด Admin error เท่ากับ ๐ ๔. อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ < ๕ ต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่ cath ๕. ร้อยละความสมบูรณ์การบันทึกทางการแพทย์ > ๘๐ ๖. อุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดไม่เหมาะสม < ๑๐ ครั้ง/ปี ๗. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ > ร้อยละ ๘๕ ๘. จำนวนข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริการ เท่ากับ ๐ ๙. จำนวนการเกิดความเสี่ยงจาก Labs Adverse Event ลดลง < ๑๐ ครั้ง/ปี
๕. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Information & empowerment)	๑. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองอย่างเพียงพอ ๒. มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อการดูแลตัวเองหลังจำหน่าย	๑. อัตราการ Re – admit เข้าภายใน ๒๘ วัน จากโรคเดิมเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ร้อยละ ๐

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance indicator)
๖. การจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง (Discharge & Continuity of care)	๑. ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเองภายหลังจำหน่ายได้อย่างเหมาะสม ๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากสหสาขาวิชาชีพ ๓. การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีประสิทธิภาพ	๑. อัตราการ Re – admit เข้าภายใน ๒๘ วัน จากโรคเดิม เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ร้อยละ ๐ ๒. จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อและได้รับข้อมูลการส่งต่ออย่างครบถ้วน > ร้อยละ ๘๐

๓ ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดสำคัญ	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	> ๘๕ %	๘๔.๑๖	๘๘.๘๗	๘๔.๗๑	๘๕.๗๕	๘๗.๑๐
อัตราการติดเชื้อรวม	< ๑.๕/๑๐๐๐ วันนอน	๑.๓๒	๑.๔๓	๐.๔๔	๑.๑๘	๐.๗๕
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด	< ๐.๕ %	๐.๕๕	๐	๐.๐๐๓	๐.๓๑	๐.๒๒
จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับระดับ ๒ ขึ้นไป	< ๕ ราย/๑๐๐๐ วันนอนของผู้ป่วยที่เฝ้าระวัง	๔.๘๑	๑.๖๘	๒.๗๐	๒.๗๑	๒.๑๐
จำนวนอุบัติการณ์บริหารยาเคมีบำบัดผิดพลาด	๐ ครั้ง	๐	๐	๐	๑	๐
จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดที่ทำให้งด/เลื่อน OR	๐ ครั้ง	๐	๑	๐	๐	๐
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	> ๘๐%	๘๓.๓๐	๘๓.๖๙	๘๔.๒๒	๘๘.๗๒	๙๐.๕๑
อัตราการ Re-Admit ด้วยโรคเดิมใน ๒๘ วัน	< ๕%	๐.๒๕	๐.๔๐	๐.๘๒	๐.๓๗	๐.๒๔

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๔.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

๔.๑.๑การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางศัลยกรรมระยะสุดท้าย

เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งทางศัลยกรรมระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นและมีศักดิ์ศรี ลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวด ได้เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ (Good Dead) จึงได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังนี้

๑. ผู้ป่วยมะเร็งทางศัลยกรรมระยะสุดท้ายทุกรายจะได้รับการดูแลจากทีม Palliative Care
๒. หากมีอาการปวดจะมีการ Consult Pain Clinic หรือทีม Palliative Care
๓. ได้รับการประสานจากทีมเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ต่างๆ ก็ประสานขอยืมจาก COC หรือเครือข่ายในชุมชนให้
๔. หากผู้ป่วย/ญาติมีความประสงค์จะทำพิธีทางศาสนาเพื่อส่งเสริมด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยและเพื่อความสบายใจก็สามารถอำนวยความสะดวกให้ได้
๕. จัดทำ Palliative Care Conner บริเวณหน้าหอผู้ป่วย จัดสถานที่สำหรับทำ Family Meeting และมีพระพุทธรูปให้กราบไหว้บูชาเป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ
 - ๕.๑ การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มารับเคมีบำบัด เนื่องจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงได้มีการรับผู้ป่วยมะเร็งทางศัลยกรรมทั้งเพศหญิงและชายที่มารับเคมีบำบัดต่อเนื่อง จึงได้มีการทำโครงการกลุ่มกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับเคมีบำบัด โดยประสานความร่วมมือจาก จิตแพทย์/นักจิตวิทยา เกสเซอร์ โภชนากร หมุนเวียนกันมานำกลุ่มกิจกรรมบำบัด เดือนละ ๑ – ๒ ครั้ง
 - ๕.๒ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างเป็นระบบพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างเป็นระบบ และเป็นแนวทางเดียวกัน เป็นการดูแลตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด อย่างเป็นองค์รวมทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยจัดทำ CNPG ขึ้นเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม และมีการจัดทำโครงการพัฒนาการให้บริการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลลัพธ์ การเข้าถึงบริการพยาบาลทางไกล ๙๒.๘๖% ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๘๕.๗๑% ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อน
 - ๕.๓ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยห้องพิเศษรวมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยห้องพิเศษรวม โดยการจัดทำ QR Code ให้ผู้ป่วยและญาติประเมินความพึงพอใจและข้อเสนอแนะที่นำมาปรับปรุงในการดูแลผู้ป่วยห้องพิเศษ ผลลัพธ์ความพึงพอใจ ๙๑%
 - ๕.๔ พัฒนาหอผู้ป่วยด้านสิ่งแวดล้อม โครงการรักษากาย ดูแลใจ พลังแห่งการเยียวยาด้วยมิตรภาพบำบัดและสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่น พัฒนาหอผู้ป่วยด้านสิ่งแวดล้อม โดยการปรับปรุงภูมิทัศน์ทั้งหมด ได้แก่ บริเวณดูแลผู้ป่วยสามัญ ห้องน้ำผู้ป่วยสามัญ ห้องประกันสังคมและห้องน้ำ ห้องพิเศษรวมและห้องน้ำ Nurse Station บริเวณในหอผู้ป่วย มีการติดภาพวิจิตร ภูมิทัศน์ธรรมชาติ และบริเวณหน้าหอผู้ป่วยจัดสถานที่ให้เป็นที่พักผ่อนและมีพระพุทธรูปให้กราบไหว้บูชา เป็นการดูแลและเยียวยาจิตใจและกระตุ้นผู้ป่วย Ambulate หลังผ่าตัดโดยเป็นจุด Check In หน้าหอผู้ป่วย มีการติดตามช่วยกันคนเพื่อให้สถานที่สะอาดและลดการแพร่กระจายเชื้อจากสัตว์ ผลลัพธ์ความพึงพอใจ ๘๗%
 - ๕.๕ พัฒนาแนวทางส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องพัฒนาแนวทางส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดย มีการเตรียมความพร้อมและให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด/หลังผ่าตัด/ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยทำเป็น QR Code VDO/แผ่นพับ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผลลัพธ์ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๘๙.๔% ความพึงพอใจของบุคลากร ๙๕% พยาบาลนำแนวทางไปใช้ ๑๐๐%
 - ๕.๖ โครงการจริยธรรมทางการพยาบาล ดูแลด้วยใจ ส่งความห่วงใยไปเยี่ยมบ้าน จัดทำแบบฟอร์มและแฟ้มผู้ป่วยที่ต้องส่งเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Thai CoC V.๒ และทำข้อตกลงให้พยาบาลเวียนกันรับผิดชอบ คนละ ๑ เดือนในการลงโปรแกรม เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ จากการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการส่งข้อมูลในโปรแกรม ได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมปฐมภูมิ ๘๒% พยาบาลหอผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือในการส่งเยี่ยมบ้าน ๑๐๐%

๔.๒ การพัฒนาคุณภาพการดูแลที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- ๔.๒.๑ จัดทำโครงการพัฒนาระบบแอสบอร์ต รายงานยอดผู้ป่วยและแพทย์รายวัน
- ๔.๒.๒ การจัดทำแผนการนิเทศโรค ของหน่วยงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคได้ครอบคลุมมากขึ้น
- ๔.๒.๓ จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล
- ๔.๒.๔ จัดทำโครงการพัฒนาการเฝ้าระวังและป้องกันสายระบายเลื่อนหลุดด้วยป้ายเตือน (Warning Track)

๕. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

- ๕.๑ พัฒนาการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งห้องผ่าตัด โดยการใช้ใบรายการ Checklist มากำกับ และเน้นการ Double Check ก่อนส่งผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยไป OR
- ๕.๒ พัฒนาคุณภาพการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่เวรตึกและเวรเช้าช่วยกันดูแลเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ Bed Bath ล้างหน้าแปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้น้อย
- ๕.๓ การจัดทำสมุดทะเบียนมะเร็งแยกต่างหาก เพื่อสามารถนำข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งหลังการผ่าตัดเข้า Tumor Conference ได้รวดเร็ว ไม่ตกหล่น, ทำการติดตามการเจาะ CEA และไบอัสเดือนการนัด Echo ในผู้ป่วยมะเร็งที่อายุ > ๖๐ ปี
- ๕.๔ การทำแฟ้ม Round IV fluid และมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบในแต่ละเวร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ IV fluid ได้เพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์
- ๕.๕ กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในการลงข้อมูล NEWS Score, Barden Score, พลิกตัวผู้ป่วย, การใส่ที่นอนลม, การลง Tigger สำคัญต่างๆ
- ๕.๖ รวบรวมความหมายของการผ่าตัดหรือหัตถการต่างๆทางศัลยกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการเขียนใบยินยอมผ่าตัดหรือทำหัตถการต่างๆให้ถูกต้อง
- ๕.๗ จัดทำแฟ้มรวบรวมข้อมูล Telemed, HCC และติดตาม Case Refer Back
- ๕.๘ การจัดทำทะเบียนผู้ป่วย on line แทนสมุดทะเบียน เพื่อให้สามารถดึงข้อมูลต่างๆได้ง่ายและสะดวกลดการใช้กระดาษ

ที่มา : หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

◆ ศูนย์การดูแลแผลและออสโตมี กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม

๑. บริบท (Context)

ก. หน้าที่ และเป้าหมาย (Purpose)

หน้าที่ความรับผิดชอบ

ศูนย์การดูแลแผลและออสโตมี ให้บริการผู้ป่วยที่มีแผลซับซ้อน ไม่สามารถหายได้ในกระบวนการหายของแผลปกติ ได้แก่ แผลเบาหวาน แผลกดทับระดับ ๓, ๔ แผลเนื้อเน่า แผลจากความผิดปกติของเส้นเลือด แผลทะลุที่ไม่สามารถควบคุมสารคัดหลั่งได้ และผู้ป่วยออสโตมี โดยพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย ด้วยความรู้ เทคโนโลยีและวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ที่เหมาะสมทันสมัยเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นแหล่งศึกษาดูงานและฝึกปฏิบัติของพยาบาลในทีมเครือข่ายและนักศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังและออสโตมี

เป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยบาดแผลและออสโตมีปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
๒. เป็นแหล่งที่ให้ผู้รับบริการได้ติดต่อ เพื่อเบิกจ่าย วัสดุ อุปกรณ์ การดูแลแผลและออสโตมีได้อย่างมี

คุณภาพ

๓. เป็นศูนย์กลางที่ให้คำปรึกษาปัญหา และภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับแผลและออสโตมีได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ

๔. เป็นแหล่งศึกษา ดูงานและฝึกปฏิบัติของพยาบาลในทีมเครือข่ายและนักศึกษาพยาบาล

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ให้การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเด็กและทารก ที่มีแผลซับซ้อน ไม่สามารถหายได้ในกระบวนการหายของแผลปกติ ได้แก่ แผลเบาหวาน แผลกดทับระดับ ๓, ๔ แผลเนื้อเน่า แผลจากความผิดปกติของเส้นเลือด แผลทะลุที่ไม่สามารถควบคุมสารคัดหลั่งได้ ผู้ป่วยออสโตมี ทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มโรคสำคัญ

๑. แผลเบาหวาน (Diabetic Ulcer)
๒. แผลกดทับ (Pressure Ulcer)
๓. แผลเนื้อเน่า (Necrotizing Fasciitis)
๔. แผลที่ไม่หายในระยะเวลา ๒ เดือน (Chronic Ulcer)
๕. แผลจากความผิดปกติของเส้นเลือด (Vessel disease Ulcer)
๖. Ostomate

ศักยภาพ

ให้บริการผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังและออสโตมี โดยมีพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย (ET Nurse) ประจำศูนย์การดูแลแผลและออสโตมีทุกวันในเวลาราชการ

ข้อจำกัด

๑. เปิดให้บริการในเวลาราชการและนอกเวลาราชการวันเสาร์เวลา ๘.๐๐-๑๒.๐๐น.
๒. อุปกรณ์พิเศษในการดูแลแผลไม่สามารถเบิกได้ตามสิทธิ์ ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในส่วนค่าอุปกรณ์พิเศษ

ในการดูแลแผล

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (แยกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
ผู้รับผลงานภายนอก ๑. ผู้ป่วยและญาติ	๑. ต้องการรับบริการจากผู้เชี่ยวชาญ แพลตีสีน ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ๒. ต้องการรับบริการจากผู้ให้บริการที่อภัยาศยตี ยิ้มแย้ม แจ่มใส พุดจาไพเราะ ให้การดูแลด้วยความนุ่มนวล ๓. ผู้ป่วยและญาติต้องการให้แผลหายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ๔. ผู้ป่วยออสโตมีและญาติต้องการดูแลออสโตมีได้อย่างเหมาะสมมีอุปกรณ์ใช้อย่างเพียงพอ และใช้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ๕. ต้องการการเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ๖. ต้องการให้ผู้ให้บริการรับฟังปัญหาและให้คำแนะนำอย่างใส่ใจ ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน ๗. ได้รับบริการที่เท่าเทียมกัน
๒. บุคลากรทางการแพทย์นอกโรงพยาบาล	๑. ต้องการการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ๒. ต้องการความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ๑. ต้องการการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ๒. ต้องการระบบการให้คำแนะนำที่ชัดเจน
ผู้รับบริการภายใน ๑. แพทย์	๑. ต้องการการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ๒. ต้องการความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ
๒. เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆในโรงพยาบาล	๑. ต้องการการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ๒. ต้องการระบบการให้คำแนะนำที่ชัดเจนและสะดวก

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

๑. ให้บริการที่มีคุณภาพเฉพาะทาง ผู้รับบริการปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
 - * ไม่เกิด Ostomy Complication
 - * Healing total time ผู้ป่วยที่ดูแลต่อเนื่องน้อยกว่า ๙๐ วัน
๒. ผู้รับบริการพึงพอใจ
๓. บุคลากรมีความสุขในการทำงาน

จ. ความท้าทาย

ความท้าทาย

๑. การเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ
๒. การพัฒนาระบบร่วมกับเครือข่ายได้แก่ รพ.สต./รพช. /เขตสุขภาพ ตาม Service plan ให้เข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง
๓. การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสู่เครือข่ายและผู้ป่วยให้ทั่วถึง :Tele nursing , Google application ,Line application
๔. การพัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้ความรู้ทางวิชาการและนวัตกรรมในการดูแลแผลเรื้อรัง (Excellent center)

ความเสี่ยงที่สำคัญ

๑. เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลออสโตมี: Excoriation
๒. แผลไม่มีความก้าวหน้าในเวลา ๒ เดือน
๓. ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการไม่ทั่วถึง
๔. ผู้ป่วยแผลเรื้อรังอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย
๑	เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลออสโตมี: Excoriation	-พัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยทวารเทียมจังหวัดลำพูน รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยทวารเทียมจังหวัดลำพูน Pre operation :Elective case by ET Nurse <u>Assessment</u> : แบบประเมินออสโตมี <u>Planning</u> -เข้า Ostomy clinic -เข้าระบบ Ostomate Register <u>Implement</u> -Ostomy care education at ostomy clinic -Ostomy discharge plan -continuous of care : Line official Ostomate Lamphun	-ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลทวารเทียมได้แก่ แผลเปื่อยรอบทวารเทียม<๕%  The SAC instrument -อัตราการกลับมารับการสอนการดูแลทวารเทียมซ้ำ <๒๐% -อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนในการดูแลทวารเทียม ๐% -ความพึงพอใจของผู้รับบริการ >๘๐%

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย
๒	แผลไม่มี ความก้าวหน้า ในเวลา ๒ เดือน	-Chronic wound care model in the digital Era รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในยุคดิจิทัล Assessment : S E W O P assessment: Size Exudate Wound bed Other problem Pain score  Planning -ET nurse ประจำ wound clinic รับปรึกษาcase จาก OPD , IPD วางแผนด้วย Wound bed preparation concept จัดการตาม แนวปฏิบัติในการ จัดการแผลเรื้อรัง Implement  ๑.รับเคส :Chronic Wound register (google form)  ๒. จัดการ:Advance dressing /Wound care education / Discharge plan ๓. ติดตามดูแล:Continuous of care: สร้างLine official Chronic wound ลำพูน 	-อัตราการกลับมานอน โรงพยาบาลซ้ำด้วยแผล เรื้อรังแย่งได้แก่ มีเนื้อตาย แผลติดเชื้อ -ระยะเวลาการเตรียมพื้น แผลเพื่อClose wound -ระยะเวลาที่แผลหาย -ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ
๓	ข้อร้องเรียน เกี่ยวกับการ ให้บริการไม่ ทั่วถึง	-สร้างช่องทางการให้บริการ ๑. เปิดคลินิกแผลและคลินิกออสโตมีเปิดให้บริการทุกวัน ในเวลาราชการ ๒. สร้างช่องออนไลน์ Tele nursing เพื่อให้บริการแม้อยู่ ในพื้นที่ห่างไกลหรือไม่สะดวกมาโรงพยาบาล ๓. สร้างช่องทางรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อ นำมาปรับปรุงงาน	-ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ
๔	ผู้ป่วยแผล เรื้อรังอาการ ทรุดลงโดยไม่ คาดการณ์	-สร้างระบบการจัดการกรณีผู้ป่วยมีอาการทรุดลงโดยไม่ คาดการณ์ -ประสานงานกับหน่วยงานที่เป็นหน่วยงานหลักในการขอ ความช่วยเหลือ -เตรียมความเข้าใจและซ่อมในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินแก่ บุคลากรในหน่วยงาน 	-อัตราการตายในผู้ป่วยอาการ ทรุดลงโดยไม่คาดการณ์

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
จำนวนครั้งที่ให้บริการทั้งหมด	๘,๘๒๗	๖,๐๒๕	๔๕๙๖	๔๖๙๖	๕๖๑๑	๕๕๔๙	๖๑๐๙
ผู้ป่วยแผลเรื้อรัง/visit	๔,๙๑๓	๕,๓๒๓	๕๒๔๔	๒๙๘๒	๓๕๖๙	๓๕๘๙	๓๙๐๘
ผู้ป่วยออสโตมี/visit	๑๑๔	๒,๒๘๖	๑๓๕๐	๑๗๑๑	๒๐๓๘	๑๙๕๕	๒๑๙๕
จำนวนผู้ป่วยchronic wound ที่ให้บริการ	๕๕	๓๙	๔๐	๔๙	๔๕	๓๘	๔๐

หมายเหตุ ปี ๒๕๖๓ เริ่มแยกแผลทั่วไปออกจากแผลเรื้อรัง

ปี ๒๕๖๖ รับ Ostomate/ Urostomate UC รพ.ลำพูนกลับมาดูแลต่อ

ด้านบุคลากร

อัตรากำลังรวมของหน่วยงาน ๓ คนประกอบด้วย

บุคลากร	จำนวน	หมายเหตุ
๑.พยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยบาดแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย	๒	ปฏิบัติงานด้านการบริหารหน่วยงาน ๑ คน ปฏิบัติการพยาบาลแผล ๑ คน
๓.พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	๑	

Job specificity



Job spec

โครงสร้างการบริหารหน่วยงาน

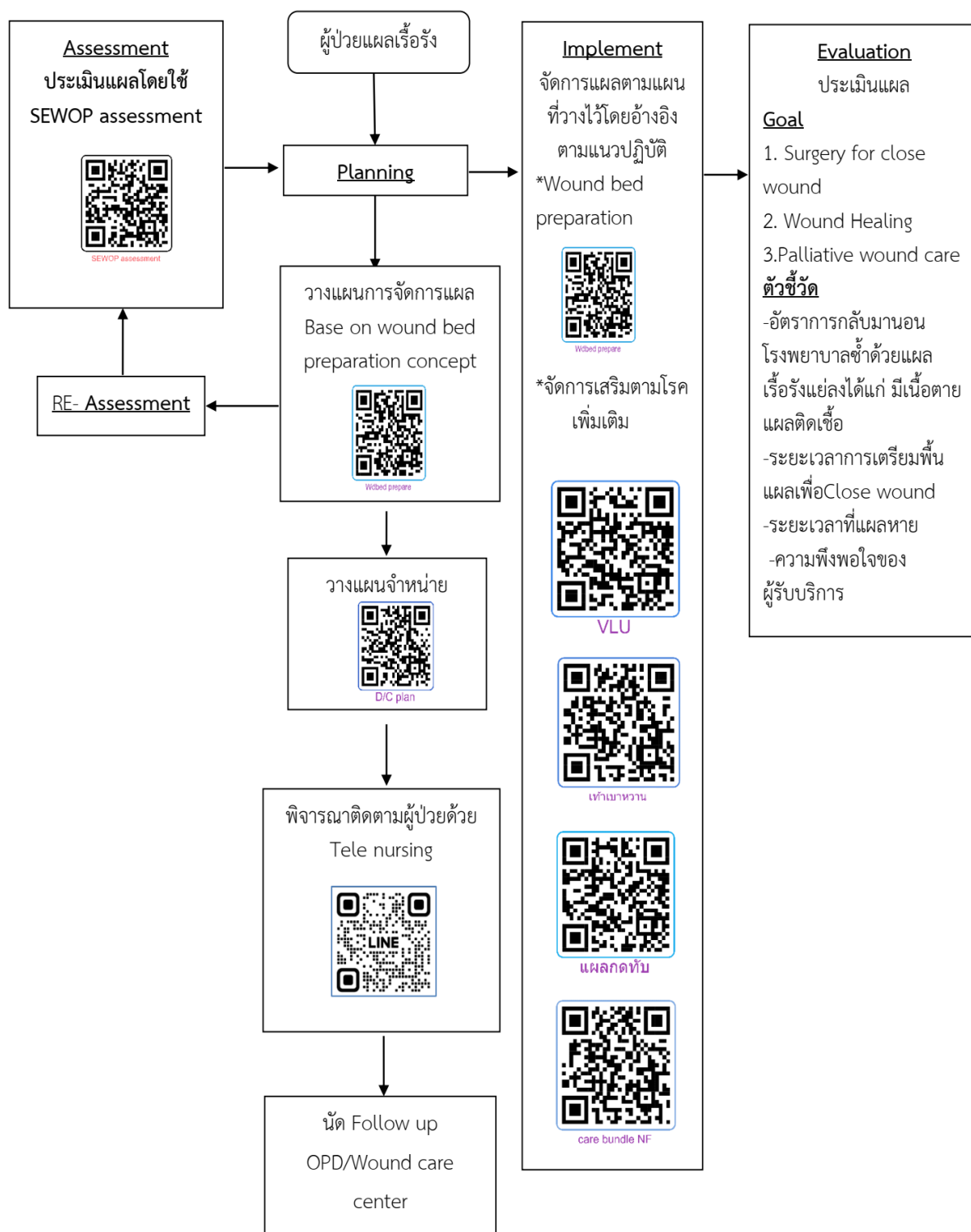


โครงสร้าง

เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์

๑. เครื่องคอมพิวเตอร์	๓	เครื่อง
๒. เครื่อง Printer	๒	เครื่อง
๓. รถสแตนเลส ๑ ชั้น	๑	คัน
๔. รถสแตนเลส ๓ ชั้น	๑	คัน
๕. ที่ดูดน้ำ	๑๕	อัน
๖. กรรไกรตัดเนื้อ	๑๐	อัน
๗. กรรไกรตัดไหม	๕	อัน
๘. Set dressing	๒๓	set
๙. ตะแกรงทำแผล	๑	set

๒. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)



กระบวนการสำคัญ(Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
Assessment	-ผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่มารับบริการ ได้รับการ ดูแลแผลอย่างเหมาะสม	-ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังได้รับการประเมินแผล อย่างครอบคลุม ๑๐๐ % โดยใช้ SEWOP assessment: เพื่อการวางแผนจัดการแผล
Planning Implement 	-วางแผนจัดการแผลอย่างเหมาะสม โดย ET nurse -จัดการแผลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้แนวปฏิบัติในการจัดการแผล เรื้อรัง	-ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการพยาบาลภายใต้ หลักการดูแลแผล Wound bed preparation concept -ผู้ป่วยได้รับการดูแลแผลตามแผนการพยาบาล
Evaluate: <u>Outcome</u>	-ผู้ป่วยไม่กลับมาอนโรงพยาบาล ซ้ำด้วยแผลที่แย่ง -ผู้ป่วยได้รับการวางแผน Close wound -แผลหาย -ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ	-อัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยแผล เรื้อรังแย่งได้แก่ มีเนื้อตาย แผลติดเชื้อ < ๓ % -ระยะเวลาการเตรียมพื้นแผลเพื่อ Close wound < ๙๐ วัน -ระยะเวลาที่แผลหาย < ๙๐ วัน -ความพึงพอใจของผู้รับบริการ > ๘๐%

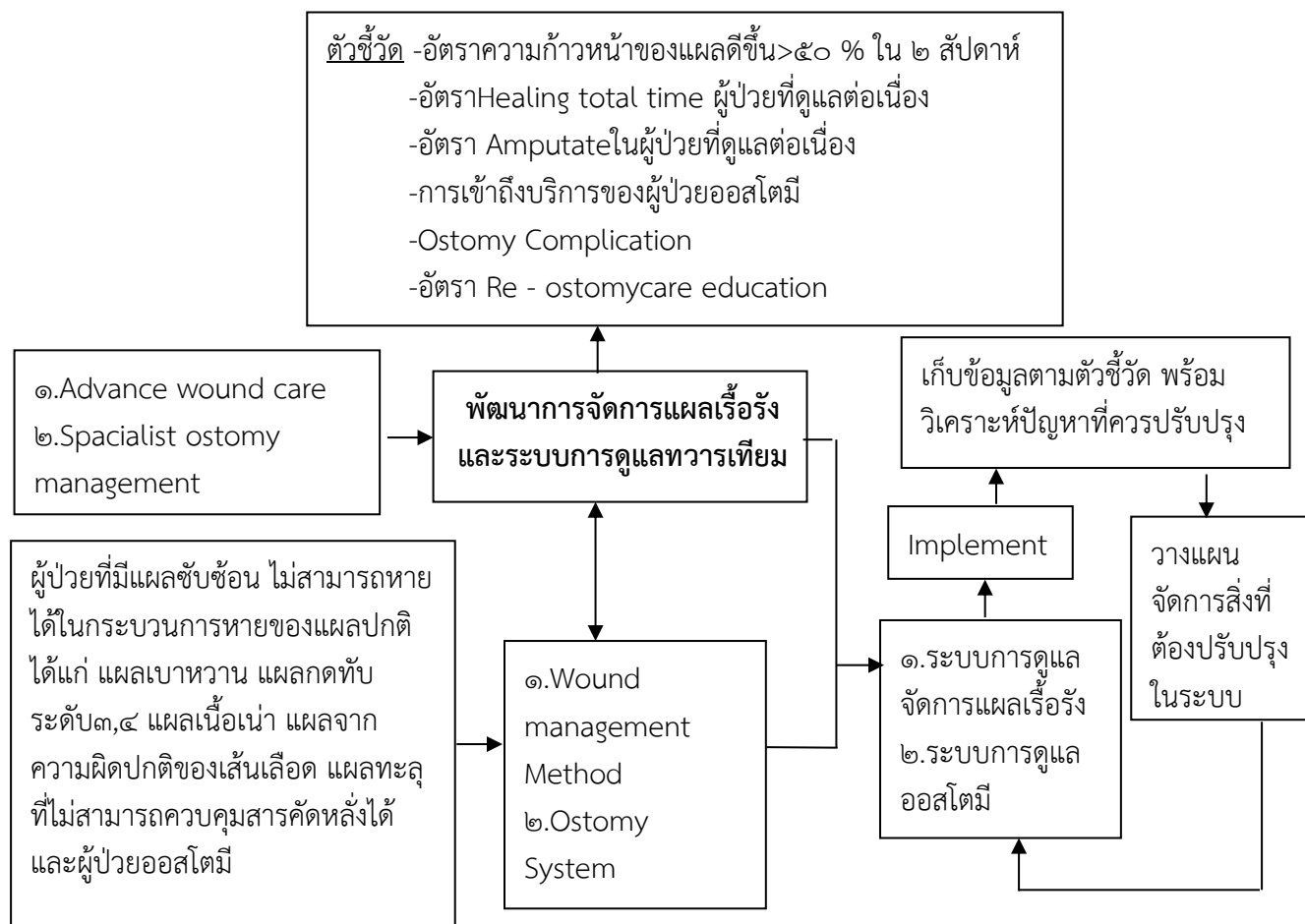
๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ลำดับ	เครื่องชี้วัด	Target	ระดับที่ปฏิบัติได้				
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑	อัตราความก้าวหน้าของแผลดีขึ้น > ๕๐ % ใน ๒ สัปดาห์	> ๘๐%	๙๓.๓๓	๙๒.๒๑	๙๓.๒๓	๙๔.๓๓	๙๖.๓๗
๒	อัตรา Healing total time ผู้ป่วยที่ดูแลต่อเนื่อง	< ๙๐ วัน	๔๘.๐๓	๔๓.๐๔	๔๔.๐๓	๕๕.๖๗	๖๑.๘๙
๓	อัตรา Amputate ในผู้ป่วยที่ดูแลต่อเนื่อง	< ๕ %	๒.๕ (๑/๔๐)	๒.๐๔ (๑/๔๙)	๒.๒๒ (๑/๔๕)	๒.๖๓ (๑/๓๘)	๒.๕ (๑/๔๐)
๔	Ostomy center -การเข้าถึงบริการ -Ostomy Complication -Re-ostomy care education	> ๙๐% < ๕% < ๒๐%	๑๐๐ ๗.๕๘ ๐	๑๐๐ ๙.๕๒ ๐	๑๐๐ ๓.๕๒ ๐	๑๐๐ ๐.๙๔ ๐	๑๐๐ ๐.๘๘ ๐
๕	อัตราความพึงพอใจการ ให้บริการ	๕๐.๐๐	๙๔	๙๕	๙๓	๙๕	๙๖
๖.	งานวิจัย/นวัตกรรม/R๒R	๑ เรื่อง/ปี	๑	๖	๒	๒	๑

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๔.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

Developmental of Wound and ostomy management



เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
๑.Wound management Method	- จัดทำแผนผังในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง เปลี่ยนแปลงการจัดการแผลเรื้อรังจาก Basic wound care เป็น advance wound care และจัดทำแนวทางการจำหน่าย การสำรอง อุปกรณ์พิเศษในการดูแลแผลและออสโตมี   	- อัตราความก้าวหน้าของแผลดีขึ้น > ๕๐ % ใน ๒ สัปดาห์ - อัตรา Healing total time ผู้ป่วยที่ดูแลต่อเนื่อง - อัตรา Amputate ในผู้ป่วยที่ดูแลต่อเนื่อง
๒.Ostomy System	- จากเดิมให้การดูแลแต่ละหน่วยดูแลเองเป็นมี Ostomy center มีระบบการสำรองอุปกรณ์ในการดูแลออสโตมี	- การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยออสโตมี - Ostomy Complication

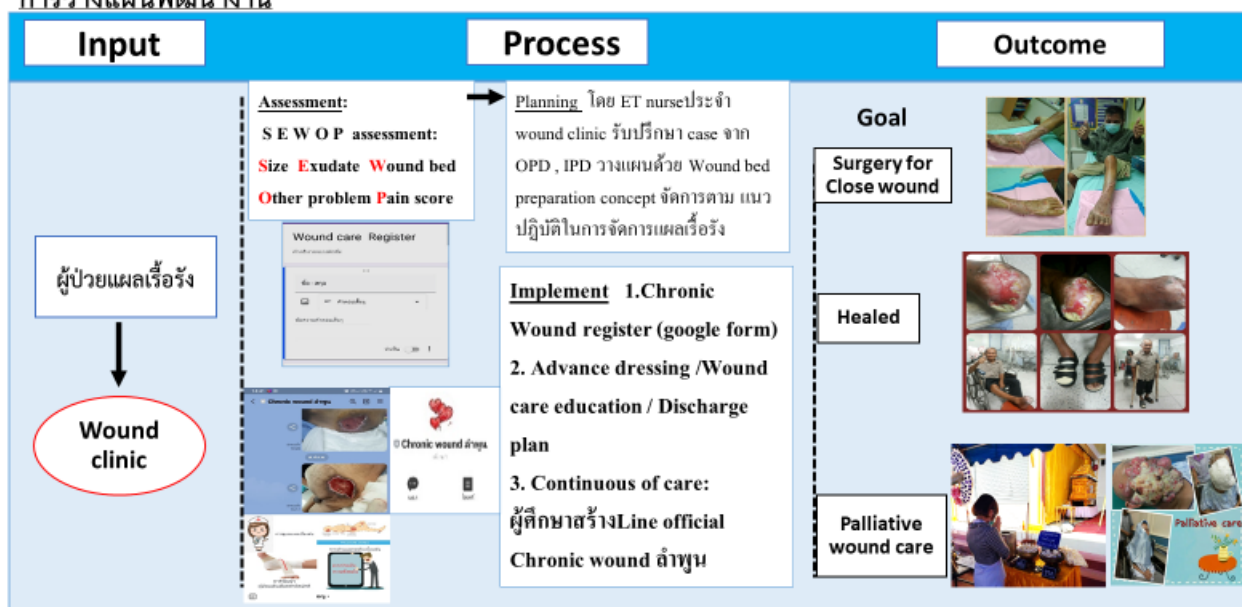
๕. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

-วางแผนพัฒนาการจัดการแผลเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในประเด็นนวัตกรรมการรักษาแผลและระบบติดตามโดยใช้ระบบดิจิทัลเข้ามาช่วยในการจัดการและติดตาม

-วางแผนปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยออสโตมีโดยใช้ระบบดิจิทัล เพื่อเพิ่มลด Ostomy Complication

Chronic wound care model in the digital Era

การวางแผนพัฒนางาน



๖. การใช้นวัตกรรมการดูแลแผลสมัยใหม่ช่วยในการรักษาแผลเรื้อรังได้แก่ Cold air plasma (พลาสมาอากาศเย็น)

ผลลัพธ์	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	รวม (ราย)
DM Ulcer	๑๐	๙	๙	๘	๓	๓	๔๒
NF	๑๑	๑๐	๙	๑๑	๓	๔	๔๘
Pressure ulcer	๑	๑	๑	๑	๑	๐	๕
Venous ulcer/Arterial ulcer	๓	๓	๒	๑	๑	๑	๑๑

ที่มา : ศูนย์การดูแลแผลและออสโตมี กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม

◇ กลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน PCT สูตินรีเวชกรรม

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑	อัตราการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งคุณภาพตามเกณฑ์	>ร้อยละ ๖๕	๗๕.๔๗	๗๔.๒	๗๔.๒๒	๖๓.๔๓	๒๖.๐๘
๒	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มา ฝากครรภ์รพ. ลำพูน ครั้งแรกอายุครรภ์ < ๑๒ สัปดาห์	ราย/ ร้อยละ	๒๐๐/๓๖๔ (๕๔.๙๕)	๒๓๒/๔๒๘ (๕๔.๒๑)	๒๔๐/๔๓๓ (๕๕.๔๓)	๒๕๖/๔๖๓ (๕๕.๒๙)	๒๖๕/๔๓๔ (๖๑.๐๖)
๓	จำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่ติดเชื้อ HIV	ราย/ ร้อยละ	๔/๓๖๔ (๑.๐๐)	๓/๔๒๘ (๐.๗)	๔/๔๓๓ (๐.๙๒)	๑/๔๖๓ (๐.๒๑)	๑๐/๔๓๔ (๒.๓๐)
๔	หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ อายุ < ๒๐ ปี	ราย/ ร้อยละ	๔๐/๓๖๔ (๑๐.๙๙)	๕๐/๔๒๘ (๑๑.๖๘)	๖๕/๔๓๓ (๑๕.๐๑)	๔๘/๔๖๓ (๑๐.๓๖)	๖๐/๔๓๔ (๑๓.๘๒)
๕	ผู้คลอดที่ ANC รพ.ลำพูน น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า ๑๑ กิโลกรัม	ร้อยละ ๙๐	๘๗/๑๔๘ ๕๘.๗๘	๒๕๐/ ๔๒๘ ๕๘.๔๑	๒๖๐/ ๔๓๓ ๖๐.๐๕	๒๒๓/ ๔๐๑ ๕๕.๖๑	๒๕๕/๓๙๔ (๖๔.๗๒)
๖	หญิงตั้งครรภ์ที่ ANC รพ.ลำพูน คลอดเมื่ออายุครรภ์มากกว่า ๓๖ สัปดาห์	>๙๕%	๘๘.๙๘	๙๕.๘๙	๙๔.๗๙	๙๐.๕๒	๓๗๒/๓๙๔ (๙๔.๔๒)
๗	จำนวนมารดที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีคลอด	< ๑๐%	๖.๑๗	๗.๗๔	๗.๒๑	๖.๑๘	๑๑/๑๔๑๑ (๗.๘๖)
๘	จำนวนการคลอด	ครั้ง	๑๙๑๑	๑๖๒๗	๑๖๓๗	๑๖๘๒	๑๔๑๓
	คลอดปกติ	ครั้ง	๖๔๖	๕๖๔	๕๓๓	๖๓๓	๕๗๓
	คลอดผิดปกติ	ครั้ง	๑๒๕๔	๑๐๖๓	๑๑๐๔	๑๐๔๙	๘๓๙
	C/S	ครั้ง	๑๑๕๙	๑๐๐๐	๑๐๒๙	๙๖๖	๗๘๖
	V/E	ครั้ง	๙๕	๖๑	๗๕	๘๒	๕๑

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
	F/E	ครั้ง	๐	๐	๐	๐	๐
	BA	ครั้ง	๐	๒	๑	๑	๑
	BBA	ราย	๘	๓	๓	๗	๘
	TWIN	ราย	๑๐:๒๑	๑๖:๓๒	๑๐:๒๐	๑๓:๒๖	๑๑:๒๒
๙	จำนวนเด็กเกิดใหม่	คน	๑๙๒๐	๑๖๒๘	๑๖๓๘	๑๖๙๐	๑๔๑๑
	จำนวนทารกคลอดมีชีพ	คน	๑๙๑๗	๑๖๑๙	๑๖๓๑	๑๖๘๗	๑๔๐๙
	จำนวนทารกคลอดไร้ชีพ	คน	๓	๙	๗	๓	๑
	จำนวนทารกตาย ๐-๗ วัน	คน	๕	๒	๓	๓	๑
	จำนวนมารดาตาย	คน	๐	๒	๐	๐	๐
	นน. <๒๕๐๐ กรัม	คน	๒๒๓	๑๙๙	๒๐๘	๒๐๑	๑๖๙
	นน. ๒๕๐๐ -๒๙๙๙ กรัม	คน	๖๑๙	๖๐๑	๕๙๘	๖๕๔	๕๕๐
	นน. ๓๐๐๐-๓๙๙๙ กรัม	คน	๑๐๕๔	๘๐๒	๘๑๐	๘๑๐	๖๘๐
	นน.๔๐๐๐ กรัมขึ้นไป	คน	๑๘	๑๗	๒๒	๒๒	๑๐
๑๐	อัตราการเกิด Birth Asphyxia (ต่อ ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ)	< ๓๐	๒๒.๓๙	๓๐.๘๘	๒๘.๗๘	๒๐.๗๕	๒๔.๖๐
๑๑	อัตราตกเลือดหลังคลอด	< ร้อยละ๓	๒.๔	๒.๖๔	๒.๙๙	๔.๑๖	๔.๙๕
๑๒	อัตราการดาที่เสียชีวิต ภายใน ๔๘ ชั่วโมง (ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ การคลอด)	< ๑๘	๐	๑๒๓.๕๓	๐	๐	๐
๑๓	อัตราทารกตายปริกำเนิด (ต่อ ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ)	< ๙	๔.๑๖	๖.๐๕	๕.๕๑	๓.๕๕	๔.๙๖

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑๔	อัตราผ่าตัดคลอด		๖๐.๖๕	๖๑.๔๖	๖๒.๘๖	๕๗.๔๓	๕๕.๗๑
๑๕	อัตราการผ่าตัดซ้ำในการ ผ่าตัดคลอดบุตร	๐	๐.๒๖	๐.๐๘	๐.๔๒	๐.๐๑	๐.๑๒
๑๖	อัตราการRecurettageในผู้ ป่วย ภาวะหลัง แท้งบุตร	๐	๐	๐.๖๕	๐	๐	๐
๑๗	อัตราการผ่าตัดซ้ำในการ ผ่าตัดทาง นรีเวช	๐	๑.๐๗	๐	๐.๔๒	๐	๐
๑๘	อัตราการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่อย่าง เดียว ๖ เดือน	>ร้อยละ ๕๐	๖๒.๕	๖๐	๕๙.๗	๖๒.๙	๖๒.๔

ที่มา : กลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ข่าย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

๑. หน้าที่และเป้าหมาย

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ข่าย ให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยเพศชายที่มีปัญหาสุขภาพ ระบบกระดูกและข้อ และผู้ป่วยเพศชายที่มีปัญหาด้านจิตเวช ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัย ครอบคลุม การรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ โดยบุคลากรที่มีศักยภาพและทำงาน เป็นทีม

๒. ความมุ่งหมาย (Purpose)

ให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู ผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ และผู้ป่วยจิตเวช แบบองค์รวม ตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

๓. ขอบเขตบริการ (Scope of service)

- ให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อเพศชายทุกประเภท ยกเว้นโรคมะเร็ง และจุลศัลยกรรม
- ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชชายทุกประเภท

๔. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการผู้รับผลงาน
- ผู้ป่วย -ญาติผู้ป่วย - ชุมชน - เครือข่าย - ทีมสหสาขาวิชาชีพออร์โธปิดิกส์และจิตเวช - ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น	- รวดเร็ว ข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจรักษา การรักษาที่ได้มาตรฐานปลอดภัย หายเจ็บป่วย ความเอาใจใส่ดูแล - มีส่วนร่วมในการรักษา สิทธิ ความสะดวกและความปลอดภัย - มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันโรค - การประสานงานที่รวดเร็ว การทำงานเป็นทีม - ความร่วมมืออย่างเป็นระบบ รวดเร็วและการทำงานเป็นทีม - ร่วมดูแลผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

๕. ลักษณะที่สำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

หัวข้อข้อมูลปริมาณ	ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๖๕-๖๗)			ข้อมูลปี ๖๘
	๖๕๖๕	๖๕๖๖	๖๕๖๗	
ผู้ป่วยทั้งหมด	๓๒๗๘	๒๓๐๔	๒๗๘๖	๒๖๕๕
ผู้ป่วย Hip fx	๒๙๙	๑๒๖	๓๕๑	๑๑๖
ผู้ป่วย OA knee	๑๓๘	๒๒๕	๑๒๑	๑๓๔
ผู้ป่วย spine fx	๘๐	๖๘	๘๓	๑๙๔

มีจำนวนเตียง ๔๕ เตียง ประกอบด้วยเตียงสามัญ ๓๗ เตียง มีจำนวนเตียงสามัญจิตเวช ๕ เตียง ห้องพิเศษ ๓ ห้อง มีกลุ่มโรคสำคัญคือ กระดูกข้อสะโพกหัก ภาวะการได้รับบาดเจ็บทางไขสันหลัง ข้อเข่าเสื่อม

๖. ด้านบุคลากร

แพทย์ ออร์โธปิดิกส์	แพทย์จิตเวช	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยพยาบาล	พณง.ช่วยเหลือคนไข้	พนักงานแม่บ้าน
๙	๔	๑๔	๑	๘	๑

การจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เวรเช้า : เวรบ่าย : เวรดึก = ๙:๕:๕ โดยบริหารจัดการ
อัตรากำลังเพิ่ม/ลด ตามเกณฑ์กำหนดของกลุ่มการพยาบาล

๗. เครื่องมือ เทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑. EKG ๑๒ lead	๑	๑	๑	๑
๒. Obsaturation	๒	๒	๒	๒
๓. Monitor BP	๑	๑	๑	๑

๘. วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา

ประเด็น คุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กิจกรรมพัฒนา	ผลลัพธ์			
				๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
Service plan	๑. ร้อยละของfast track for open long bone fractureได้รับการผ่าตัดภายใน ๖ ชั่วโมง	๒๕%	-เตรียมความพร้อมผู้ป่วย / Alert Lab	๘๒.๓๕	๕๐.๐๐	๔๔.๘๓	๗๕.๗๖
	๒.ร้อยละของfast track fracture around the hip ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ปี ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ชั่วโมง	๒๕%	-เตรียมความพร้อมผู้ป่วย / Alert lab	๘๒.๘๓	๙๐.๘๓	๗๖.๑๖	๘๑.๒๑
PCT	๑.อัตราการเดินได้ของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกตะโพกหักที่บ้าน*	๖๐%	-เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแล เทคนิคการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผู้ป่วย ประเภทเดียวกัน	๗๗.๒๗	๗๘.๖๔ (๘๑/๑๐๓)	๘๗.๒๒ (๒๔๖/ ๓๒๓)	๔๒.๖๑ (๑๗๓/ ๔๐๖)
	๒. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเกณฑ์ ดีที่ ๖ เดือน	๙๐%	-การเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยให้ได้ครบ ๑๐๐% -การสอนออกกำลังกายข้อเข่าและการ ปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด	๙๒.๒๕	๙๑.๙๖	๙๖.๒๕	๙๑.๘๕

จากผลลัพธ์ของแต่ละปี มีความสอดคล้องกับประเด็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลลัพธ์ที่ออกมาเป็นไปตามแผนการพัฒนา มีการประสานงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นระยะๆ ทั้งภายในโรงพยาบาลและชุมชน

ประเด็นคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กิจกรรมพัฒนา	ผลลัพธ์			
				๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
กลุ่มการ พยาบาล	๑.แผลสะอาดติดเชื้อ	๓%	- CNPG การทำแผล	๐ (๐/๗๑๓)	๐.๑๔ (๑/๗๑๒)	๐.๓๓ (๓/๘๙๖)	๐.๐๗ (๑/๑๔๘๙)
	๒.Administration Error	๐	- การนิเทศระบบยา	๖	๒		๒๑
	๓.อัตราการเกิดแผลกดทับ	๐	- CNPG การดูแลแผลกดทับ	๒๙	๒๔(๔๒๗)	๑๙.๓๕ (๑๒/๖๒)	๓.๗๘ (๑๕/๓๙๗)
	๔.อัตราการให้เลือดผิด	๐	- การปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด	๐	๐	๐	๐
	๕.จำนวนผู้ป่วยที่มีAWS>๑๕: จำนวนผู้ป่วยที่เฝ้าระวังภาวะ ขาดสุรา	๐	- CPG การเฝ้าระวังภาวะขาดสุรา	๒/๒๔	๑๕/๑๔๔	๑๓/๗๕	๗/๙๑

ที่มา : หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

๑. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรมกระดูกและข้อในเพศหญิง ผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะเพศหญิง อย่างมีคุณภาพด้วยมาตรฐานไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมผู้ให้บริการทำงานด้วยความสุข

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการผู้ป่วยทางศัลยกรรมกระดูกและข้อในเพศหญิง และผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะเพศหญิง
ข้อจำกัด : ยกเว้นโรคเรื้อรังและจุลศัลยกรรม ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

- ผู้ป่วย - รวดเร็ว ข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจรักษา, หายเจ็บป่วย, ความเอาใจใส่
- ญาติผู้ป่วย - ข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจรักษา, รวดเร็ว, มีส่วนร่วมในการรักษา
- ชุมชน - มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันโรค

ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
๑. แพทย์	- การประสานงานที่ดี มีคุณภาพ - ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน - ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว - มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย คาดการณ์ปัญหาให้ถูกต้อง แม่นยำ - รายงานปัญหาให้ทราบในเวลาที่เหมาะสม
๒. เภสัชกร	- Order ที่ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน และอ่านง่าย - มีการบริหารยาในหอผู้ป่วยถูกต้อง - การประสานงานที่ดี มีระบบ
๓. ชันสูตร	- ส่ง Specimen และใบส่งตรวจถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน - เก็บ Specimen ได้ถูกต้องตามกระบวนการ - การประสานงานที่ดีมีระบบ
๔. X-Ray	- ใบส่งตรวจที่ชัดเจน - มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยถูกต้อง เหมาะสม
๕. หอผู้ป่วยอื่นๆ	- การประสานงานที่ดี เป็นระบบ ข้อมูลครบถ้วน - Complete Chart ,Start Order ก่อนส่งมอบ
๖. หน่วยงานอื่นๆ	- การประสานงานที่ดี มีคุณภาพ - มีการส่งมอบข้อมูล สิ่งของถูกต้องตามข้อตกลง

ง.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญในหน่วยงาน

๑. ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีความเสี่ยง
ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ

ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ
๑. Close Fx. Wrist/Forearm	๑. Calculus of Kidney
๒. Fracture around the hip	๒. Calculus of Ureter
๓. OA Knee	๓. Pyonephrosis
๔. SCS /spinal cord injury	๔. Hydronephrosis
๕. Open long bone Fx.	๕.UTI

กลุ่มโรคสำคัญ ปี ๒๕๖๖

ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	EENT/ศัลยกรรม
๑. Close Fx. Wrist/Forearm	๑. Senile Cataract
๒. OA Knee	๒. Other Cataract
๓. Fracture around the hip	
๔. Fracture humerus	
๕. SCS /spinal cord injury.	

กลุ่มโรคสำคัญ ปี ๒๕๖๗

ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	EENT/ศัลยกรรม
๑. Close Fx. Wrist/Forearm	๑. Senile Nuclear Cataract
๒. Fracture around the hip	๒. Senile Cataract Unspecified
๓. OA Knee	
๔. Fracture humerus	
๕. SCS /spinal cord injury.	

กลุ่มโรคสำคัญ ปี ๒๕๖๘

ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ
๑. Close Fx. Wrist/Forearm	๑. Calculus of Kidney
๒. Fracture around the hip	๒. Calculus of Ureter
๓. OA Knee	๓. Pyonephrosis
๔. Fracture humerus	๔. Hydronephrosis
๕. Open long bone Fx.	๕.UTI

วิเคราะห์ท้ายตาราง:

จากสถิติ โรคหลักทางออร์โธปิดิกส์ ในหอผู้ป่วย พบ โรคในกลุ่ม Close Fx. Wrist/Forearm มากเป็นอันดับ ๑ Fracture around the hip มากเป็นลำดับ ๒ และ OA Knee เป็นลำดับที่ ๓ (๗๓๖ ราย, ๖๗๒ ราย และ ๕๕๒ ราย ตามลำดับ)

๒ ปีซ้อนหลัง Fracture around the hip มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับ สัดส่วนสถิติผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน เป็นอันดับที่ ๓ ของประเทศ จำนวน ๗๓,๑๔๘ คิดเป็น ๑๘.๕% ของประชากรทั้งหมด อุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักจะเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ๒.๐๒% ต่อปี ทั้งนี้ จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ในปี ๒๕๕๙ มี ๒๓,๔๒๖ ราย และในปี ๒๕๖๘ เพิ่มขึ้นเป็น ๓๔,๒๔๖ ราย คาดประมาณว่าในปี ๒๕๙๓ จะเพิ่มเป็น ๕๖,๔๔๓ ราย สาเหตุสำคัญของกระดูกสะโพกเกิดจากการ “พลัด ตก หกล้ม” (ที่มา:สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ , ๒๕๖๗)

หอผู้ป่วย จึงได้จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค Hip Fracture และจัดทำงานวิจัยเรื่องการใช้นโยบายการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย Hip Fracture ขึ้น ร่วมกับ PCT. จัดทำโครงการออกหน่วย “โครงการการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุ” ให้ความรู้ผู้สูงอายุ ๘ อำเภอ ในจ.ลำพูน ปี ๒๕๖๗-๒๕๖๘ และ ร่วมกับโรงพยาบาลศิริราช เพื่อสำรวจข้อมูลวิจัยเกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ (ปี ๒๕๖๘-๒๕๖๙)

ซึ่งแต่ละกลุ่มโรคสำคัญ ได้มีผู้รับผิดชอบในการติดตามและพัฒนาด้านการบริการรักษาพยาบาล โดยมีเครือข่ายสู่ชุมชน มีกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยและระบบการเยี่ยมบ้าน

๑. การดูแลผู้ป่วยที่มี Intertrochanteric fracture
๒. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บของกระดูกและระบบประสาทสันหลัง
๓. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม (OA Knee)
๔. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท
๕. การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ,จุดเน้นการพัฒนา

๑. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม
๒. การระบุตัวตนผู้ป่วยผิดพลาด
๓. การเก็บส่งตรวจไม่เหมาะสม

แนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน / หลีกเลี่ยง
๑. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม	- เน้นแนวทางการปฏิบัติ (work in) เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด - มีการตรวจสอบผู้ป่วยและ Chart ทุกครั้งก่อนเข้าห้องผ่าตัดโดยพยาบาลวิชาชีพ - มีโครงการ “Mem คุณภาพ” ในการตรวจสอบงานคุณภาพทุกเวอร์ชัน (เริ่มปลายปีงบประมาณ ๒๕๖๘ และทำ PDCA พัฒนาต่อเนื่องปี ๒๕๖๙)

ความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน / หลีกเลี่ยง
	การเจาะเลือด -ผู้เจาะเลือดต้องตรวจสอบชื่อ-นามสกุลผู้ป่วยและภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้องตรงกันกับตัวผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำการเก็บสิ่งส่งตรวจ -ตรวจสอบชนิดของหลอดเก็บเลือด ภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้องตามชนิดการทดสอบ -ในกรณีสิ่งส่งตรวจที่ต้องใช้สารกันเลือดแข็ง(anticoagulant) หรือ สารรักษาสภาพสิ่งส่งตรวจ (preservative) ต้องผสมให้เข้ากันโดยกลับหลอดคว่ำไป-มาเบาๆ ประมาณ ๑๐ ครั้ง -ในกรณีผู้ป่วยได้รับสารน้ำ/สารอาหารทางหลอดเลือด ให้หลีกเลี่ยงการเจาะเลือดข้างเดียวกัน เพราะอาจมีผลต่อการทดสอบ -ในกรณีมีการส่งตรวจการทดสอบที่ต้องใช้หลอดเลือดหลายหลอด เรียงลำดับการใส่เลือดลงหลอดเป็นดังนี้ Hemo culture/จุกสีฟ้า/จุกสีแดง/จุกสีเขียว/จุกสีม่วง/จุกสีเทา -ข้อควรระวังในการเจาะเลือด ไม่ควรใช้เข็มที่มีขนาดเล็กเกินไป/ไม่ควรเจาะขณะที่แอลกอฮอล์ยังไม่แห้ง/ไม่ควรใช้สายยางรัดต้นแขนไว้นานเกิน ๒ นาที/ไม่ควรดันลูกสูบขณะถ่ายเลือดจากกระบอกฉีดยาใส่ภาชนะแรงเกินไป ทำให้เม็ดเลือดแดงแตก(hemolysis) -จัดเจ้าหน้าที่ เข้าร่วมอบรมความรู้ ร่วมกับห้องปฏิบัติการ เรื่องการเก็บสิ่งส่งตรวจ ของโรงพยาบาล ลำพูน ๑๐๐% (จัดอบรมในช่วง ธันวาคม ๒๕๖๗ และ มกราคม ๒๕๖๘) - ขอความร่วมมือจนท.ห้องปฏิบัติการมาให้ความรู้ และทบทวนแนวปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ถูกต้อง ในวันประชุมตึก วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

ฉ.ปริมาณงานและทรัพยากร

๑.ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

- ให้การดูแลได้ครบวงจรในกลุ่มโรคเป้าหมาย
- ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่มีภาวะแทรกซ้อน

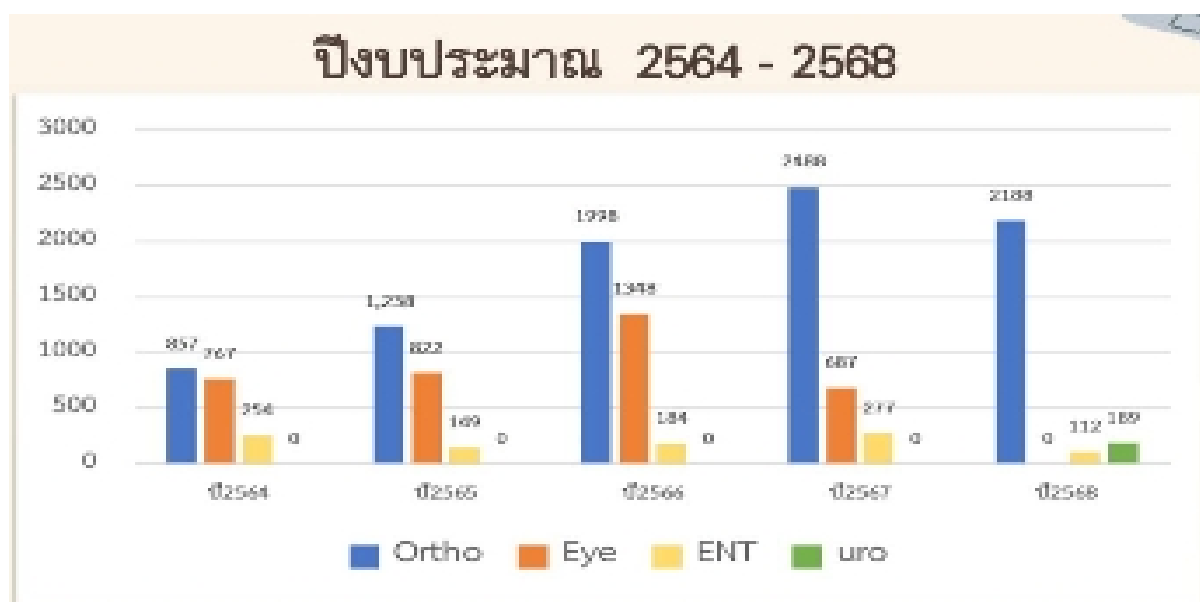
สถิติผู้รับบริการ

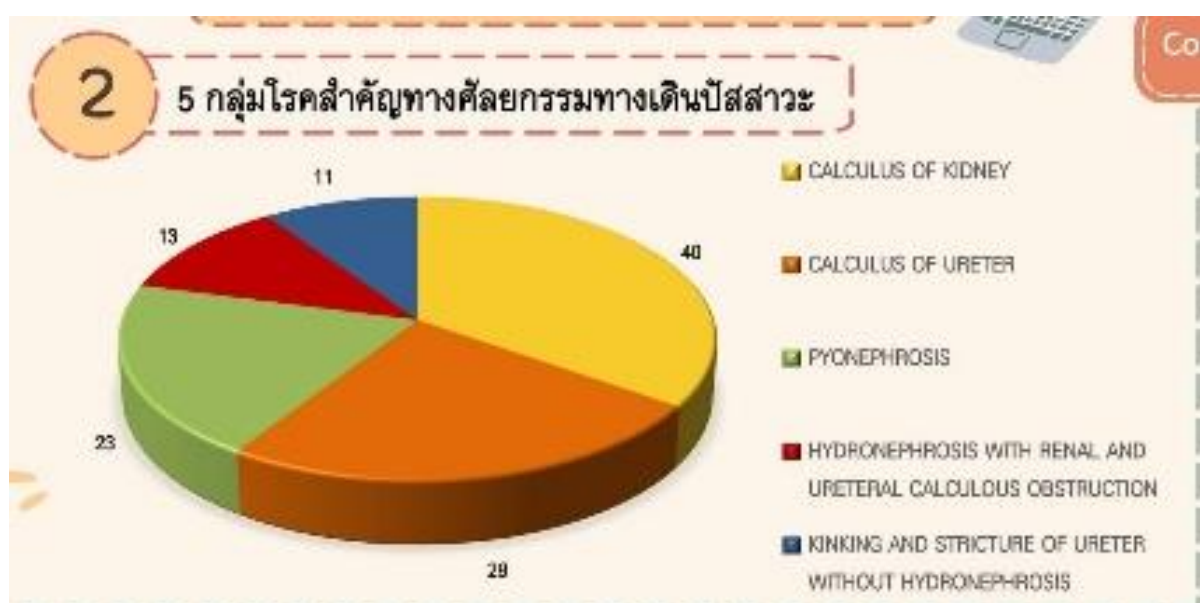
ลำดับ	ปีงบประมาณ ๖๖			ปีงบประมาณ ๖๗			ปีงบประมาณ ๖๘		
	สาขา	จำนวน	ร้อยละ	สาขา	จำนวน	ร้อยละ	สาขา	จำนวน	ร้อยละ
๑	ศัลยกรรม กระดูกและ ข้อ	๑,๙๙๘	๕๖.๖๑	ศัลยกรรม กระดูกและข้อ	๒,๔๘๘	๗๒.๐๓	ศัลยกรรม กระดูกและ ข้อ	๒,๗๓๕	๘๗.๑๐
๒	จักษุวิทยา	๑,๓๔๘	๓๘.๑๗	จักษุวิทยา	๖๘๗	๑๙.๘๙	โสต ศอ นาสิก	๑๒๕	๓.๙๘

๓	โสต ศอ นาสิก	๑๘๔	๕.๒๑	โสต ศอ นาสิก	๒๗๗	๘.๐๒	เวชศาสตร์ ฟื้นฟู	๐	๐
๔	เวชศาสตร์ ฟื้นฟู	๑	๐.๐๒	เวชศาสตร์ ฟื้นฟู	๒	.๐๖	ศัลยกรรม ระบบ ทางเดิน ปัสสาวะ	๑๘๙	๖.๐๒
๕	ศัลยกรรม ระบบ ทางเดิน ปัสสาวะ	๐	๐				อายุรกรรม	๔๒	๑.๓๔
๖	อายุรกรรม	๐	๐				ศัลยกรรม	๔๙	๑.๕๖
๗	ศัลยกรรม	๐	๐						
	รวม	๓,๕๓๑	๑๐๐	รวม	๓,๔๕๔	๑๐๐	รวม	๓,๑๔๐	๑๐๐

หมายเหตุ : - ปังบประมาณ ๖๘ งานจักษุวิทยา และโสต ศอ นาสิก ย้ายไปเปิดให้บริการที่ตึกจักษุ และ
ศ.๔ รับผิดชอบผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะเพศหญิงเพิ่ม รวมถึง ให้ความช่วยเหลือ รับย้ายฝากผู้ป่วย อายุรกรรม
หญิง และศัลยกรรมหญิง เพื่อทุเลาภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยล้น

วันที่ ๑ พ.ค. ๒๕๖๗ ผู้ป่วยจักษุ ย้ายไปตึก จักษุ ,วันที่ ๑๐ ก.พ. ๒๕๖๘ เริ่มรับผิดชอบผู้ป่วยศัลยกรรม
ทางเดินปัสสาวะ





๒. ด้านบุคลากร(ลักษณะความรู้และทักษะจำเป็นเฉพาะ)

- จำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปัจจุบัน มีทั้งหมด ๑๘ คน
- ผ่านการอบรมออร์โธปิดิกส์ (๔ เดือน) จำนวน ๒ คน
- ผ่านการอบรมออร์โธปิดิกส์ (ระยะสั้น ๑๕ วัน) จำนวน ๓ คน
- บุคลากรได้รับการพัฒนา เฉลี่ย ๘๘.๒๕ ชั่วโมง /คน /ปี

การจัดอัตรากำลัง

วันทำการ	เวรเช้า	จำนวน	๕	คน
	เวรบ่าย	จำนวน	๓	คน
	เวรดึก	จำนวน	๓	คน
วันหยุด	เวรเช้า	จำนวน	๓	คน
	เวรบ่าย	จำนวน	๓	คน
	เวรดึก	จำนวน	๓	คน

จำนวนเตียงผู้ป่วย	สามัญ	จำนวน	๓๐ เตียง
	พิเศษ	จำนวน	๕ เตียง
อัตราครองเตียง	ปี ๒๕๖๖	ร้อยละ	๘๔.๒๗
	ปี ๒๕๖๗	ร้อยละ	๗๗
	ปี ๒๕๖๘	ร้อยละ	๗๔.๙๖
อัตราการใช้เตียง	ปี ๒๕๖๖	ร้อยละ	๙.๕๒
	ปี ๒๕๖๗	ร้อยละ	๘.๘
	ปี ๒๕๖๘	ร้อยละ	๖.๘๙

- การดูแลผู้ป่วยออโรโรติกส์
- การดูแลผู้ป่วยทางเดินปัสสาวะ/ผู้ป่วยศัลยกรรม(รับฝาก)
- การดูแลผู้ป่วยSepsis/ผู้ป่วยทางอายุรกรรม(รับฝาก)
- การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)
- การดูแลผู้ป่วยทางกุมารเวช (รับฝาก)

๓. เครื่องและอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ

- เครื่องEKG
- เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Infusion Pump)
- เครื่องตรวจวัดความดันและความอิ่มตัวO๒ในกระแสเลือด

หมายเหตุ: ปี ๒๕๖๙ รอดิตตั้ง เครื่องเฝ้าติดตามการทำงานหัวใจและสัญญาณชีพอัตโนมัติ ๔ พารามิเตอร์ จำนวน ๒ เครื่อง

๒. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	เป้าหมายของกระบวนการ	ข้อกำหนดสำคัญ (Process Requirement)
๑. การเตรียมความพร้อม ๑.๑ เตรียมสถานที่ ๑.๒ เตรียมอุปกรณ์ ๑.๓ เตรียมเจ้าหน้าที่ ๑.๔ จัดลำดับความรุนแรง ๑.๕ Patient Identification ๑.๖ ให้ข้อมูลทั่วไป ๑.๗ ลงนามยินยอมรับการ รักษา	- มีอุปกรณ์เพียงพอและพร้อมใช้งาน - ผู้ป่วยได้รับความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย - ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาที่มีความรุนแรงและได้รับการรักษาพยาบาลในเวลาที่เหมาะสม - ถูกต้อง ถูกคน - ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยก่อนลงนามยินยอมรับการรักษ และการปฏิบัติตนขณะอยู่โรงพยาบาล	- ปฏิบัติตามแนวทางการรับผู้ป่วยใหม่ - ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันผู้ป่วยภาวะวิกฤต - ปฏิบัติตามแนวทางการ Identification ของโรงพยาบาล

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	เป้าหมายของกระบวนการ	ข้อกำหนดสำคัญ (Process Requirement)
๒. ประเมินและวินิจฉัยโรค ๒.๑ ชักประวัติ ๒.๒ ตรวจร่างกาย ๒.๓ ตรวจขั้นสูง ๒.๔ ตรวจรังสี ๒.๕ Investigate อื่นๆ ๒.๖ วินิจฉัยโรค ๒.๗ วินิจฉัยปัญหา	- ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพปัญหาจากข้อมูลและหลักฐาน เพื่อตอบสนองความต้องการของปัญหา และการวางแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง	- ให้การรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และตามแนวทางการรักษา - การตรวจรักษา การส่งส่งตรวจ และผลการตรวจถูกต้อง เชื่อถือได้
๓. วางแผน ๓.๑ วางแผนของแต่ละวิชาชีพ ๓.๒ ประสานแผน ๓.๓ การมีส่วนร่วม ๓.๔ ส่งการรักษา ๓.๕ มอบหมายความรับผิดชอบ	- เฝ้าระวังอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยพร้อมทั้งสามารถรายงานเพื่อได้รับการแก้ปัญหาได้ทันที - ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจากสหวิชาชีพ - ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมและเข้าใจถึงการวางแผนการดูแลรักษาของทีม	- มีการวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย - มี CPG ของโรคกลุ่มเป้าหมายให้เหมาะสม - ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย - มีการประสานงาน/การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
๔. การดูแลรักษา ๔.๑ การแก้ปัญหาฉุกเฉิน ๔.๒ การให้ยา ๔.๓ การรักษาพยาบาล ๔.๔ หัตถการอื่นๆ ๔.๕ การดูแลอื่นๆ	- ผู้ป่วยได้รับการประเมิน ค้นหาปัญหา และแก้ไขปัญหาคือเหมาะสม - ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	- ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน - มีการประสานงาน/การสื่อสารที่มีคุณภาพ
๕. การประเมินซ้ำ ๕.๑ การเฝ้าระวัง ๕.๒ การรายงาน ๕.๓ การตรวจเยี่ยม ๕.๔ สังเคราะห์ข้อมูล ๕.๕ ให้ข้อมูลผู้ป่วย	- ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม	- มีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - มีการตรวจสอบประเมินผลการรักษาและประเมินผลการปฏิบัติพยาบาล - มีการส่งเวรอย่างเป็นระบบ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	เป้าหมายของกระบวนการ	ข้อกำหนดสำคัญ (Process Requirement)
๖. กิจกรรมชุมชน ๖.๑ บันทึก ๖.๒ ให้ข้อมูล ๖.๓ วางแผนจำหน่าย ๖.๔ การตรวจสอบสิทธิบัตร	- มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ สามารถสื่อสารวิชาชีพอื่นได้ - มีการสื่อสารประสานงานที่ดี ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ - ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และสามารถดูแลตนเองได้	- มีการบันทึกอย่างเป็นระบบและมี การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ - มีการวางแผนการจำหน่ายในกลุ่มโรคสำคัญ
๗. จำหน่ายการดูแลที่บ้าน ๗.๑ การเตรียมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ๗.๒ การมาตรวจตามนัด ๗.๓ การเยี่ยมบ้าน ๗.๔ การส่งต่อ	-ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม - ทีมสุขภาพสามารถทราบข้อมูลการรักษา และสามารถดูแลต่อเนื่องได้	- มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเอง - มีการบันทึกและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ

๓.ตัวชี้วัดและผลการดำเนินงาน

ประเด็น คุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	กิจกรรมพัฒนา	ผลลัพธ์ (ร้อยละ)			
				๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	หมายเหตุ
ได้มาตรฐาน	๑.อัตราการเดินได้ของ ผู้ป่วยกระดูกสะโพก หักที่บ้าน	๖๐%	- เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแล เทคนิคการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผู้ป่วยประเภทเดียวกัน - การเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยได้ครบ ๑๐๐ %	๖๒.๑๘ (๑๐๘/๑๗๔)	๕๓.๔๖ (๑๓๑/๒๔๕)	๗๑.๕๘ (๑๓๖/๑๙๐)	
	๒. ความสมบูรณ์ของ เวชระเบียน	๘๐%	- มีการมอบหมายให้พยาบาลทุกคนได้มีการตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทุกคนทุกเดือน - มีการนำปัญหาที่พบมากในที่ประชุมตึก - ส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมอบรมการบันทึกทางการพยาบาล - ติดตามประเมินโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยจาก One day One chart, ตรวจสอบเวชระเบียนจำหน่ายทุกวัน และ ประเมินการบันทึกทางการพยาบาลรายบุคคลทุก ๓ เดือน	๘๗.๕๗	๘๙.๒๒	๙๖.๙๓	
				๘๖.๔	๗๕.๗๖	๘๖.๕๘	
ไม่มีภาวะ แทรกซ้อน	๑.แผลสะอาดติดเชื้อ	๓ %	- เน้นการล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการ	๐	๐	๐	
	๒.Endophthamitis						
	๓. การเกิดแผลกดทับ	๐	- การสอนสุขศึกษาก่อน-หลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล	๐.๗๔.(๑ราย)	๐	๐	
	๔.อัตราการให้เลือดผิด	๐	- CNPG การดูแลแผลกดทับ	๓.๖๖ (๒๔ราย)	๒.๖๗ (๒๗ราย)	๑.๑๒ (๑๑ ราย)	
		๐	- แนวทางของการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	๐	๐	๐	

◆ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

บริบท

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ. ให้บริการครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ญาติ บุคลากรและสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดทิศทาง นโยบายแผนพัฒนางานประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ. ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย บุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อและสิ่งแวดล้อมถูกสุขลักษณะ

ข. ขอบเขตบริการ

ให้การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้สอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาลและสถานการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลจำนวน ๔๑๑ เตียง มีหอผู้ป่วยทั้งหมด ๒๑ แห่ง แบ่งเป็นหอผู้ป่วยพิเศษ ๔ แห่ง หอผู้ป่วยทั่วไป ๑๒ แห่ง และ หอผู้ป่วยวิกฤต ๕ แห่ง รวมถึงเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำพูน การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านการติดเชื้อต่างๆ ดังนี้

๑. โรงพยาบาลลำพูนรับผู้ป่วยติดเชื้อจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่า และส่งผู้ป่วยติดเชื้อจากโรงพยาบาลลำพูนไปยังโรงพยาบาลชุมชน

๒. การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ: ผู้ป่วย HIV, ภูมิคุ้มกันต่ำ

๓. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด, ผู้ป่วยโรคเลือด, Hemodialysis และผู้ป่วยที่ On CAPD

๔. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ เช่น VAP, CAUTI, SSI และ CABS

๕. การดำเนินการแผนการดำเนินการอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

แนวทางปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงของบุคลากร

๑. ขั้นตอนการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง และเข็มทิ่มตำ

๒. บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพและได้รับวัคซีนที่เหมาะสมในแต่ละปี

๓. บุคลากรมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จากบุคลากรติดเชื้อ เช่น บุคลากรติดเชื้อวัณโรค หรือโรคติดต่อ

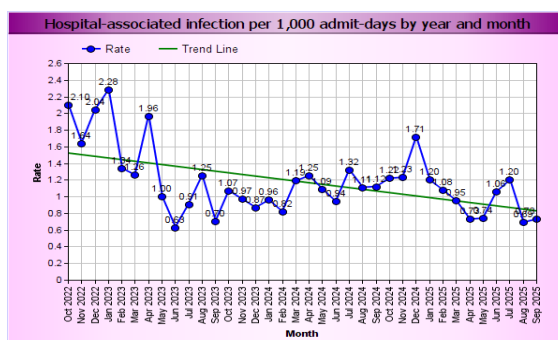
๔. การอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ด้าน IC อย่างน้อยปีละครั้ง

แนวทางปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม

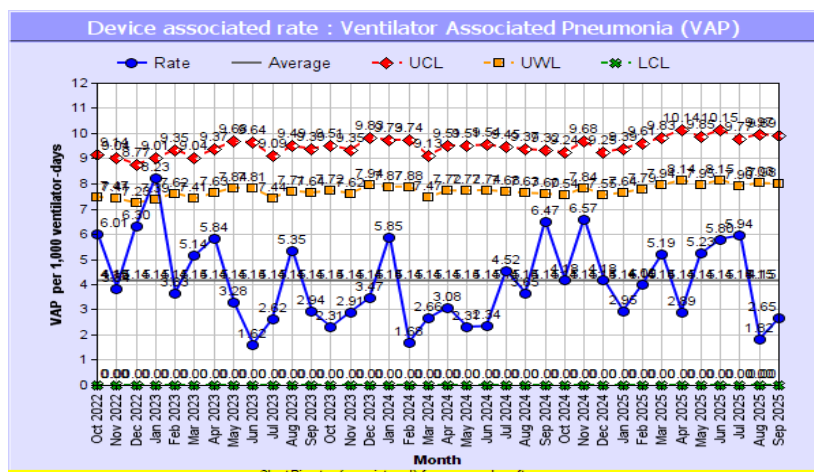
๑. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในอาหาร น้ำดื่ม ระบบบำบัดน้ำเสีย การกำจัดขยะ

๒. มีการตรวจสอบมาตรฐานระบบการทำให้ปราศจากเชื้อ

๓. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี ๒๕๖๖-๒๕๖๘ พบ ๑.๔๑, ๑.๐๖ และ ๑.๐๕ ต่อ ๑๐๐๐ วันนอน (เป้าหมาย <๑.๕ ต่อ ๑๐๐๐ วันนอน) และมีแนวโน้มลดลง



๔. VAP Rate เป้าหมาย < ๓.๕ ต่อ ๑๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ



อัตราการติดเชื้อจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ (VAP) จากปี ๒๕๖๖-๒๕๖๘ พบ ๔.๖๗, ๓.๔๔ และ ๔.๒๘ ต่อ ๑๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ ในปี ๒๕๖๗ ได้ปรับเกณฑ์ตัวชี้วัดตามแต่นำมาวิเคราะห์ โดยใช้ control chart พบว่าหอผู้ป่วยที่มีปัญหา VAP เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (๓.๕ ต่อ ๑๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ) ดังนี้ หน่วยงานที่พบว่ามีเกินกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ ๓.๕ ต่อ ๑๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ICU ๑ ICU ๓ Sub ICU และ NICU เน้นจุดที่เกิดปัญหาเป็นหลัก ในด้านบุคลากรได้เน้นการปฏิบัติของบุคลากรในการป้องกันการเกิด VAP โดยการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิด VAP BUNDLE และเน้นการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ weaning Protocol โดยเฉพาะในเรื่องการทำความสะอาดมือ การ suction การยกหัวสูงก่อน feeding การแยกผู้ป่วยในกรณีพบมีการติดเชื้อดื้อยา ปรับการทำทำความสะอาด Laryngoscope ซึ่ง เดิม blade และ handle ล้างด้วยน้ำยาล้างจาน และเช็ดด้วย alcohol ๗๐% ปรับมาเป็นการทำลายเชื้อโดยใช้ยาทำลายเชื้อ high-level ต้องล้างออกด้วยน้ำที่ปราศจากเชื้อ เน้นการทำความสะอาดเตียง ทำความสะอาดด้วย ๐.๕% โซเดียม ไฮโปคลอไรต์ หรือ Alcohol ๗๐% และการทำความสะอาดอุปกรณ์เช่น monitor ต่างๆ ใช้ ๗๐% alcohol หรือผ้าชุบน้ำยาสำเร็จรูป เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ VAP โรงพยาบาลลำพูน โดยมีแพทย์ทรงอกช่วยในการวินิจฉัย และมีการติดตาม เพื่อลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล หลังการดำเนินการ ในปี ๒๕๖๗ อัตราการติดเชื้อจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ลดลงจาก ๔.๖๗ เป็น ๓.๔๔ ต่อ ๑๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ ได้วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการเกิด VAP (เป้าหมาย < ๓.๕ ต่อ ๑๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ พบว่า

อัตราการเกิด VAP เกินเป้าหมายในเดือน ต.ค. และ พ.ย.๖๗ หลังจาก ICN ได้ไปให้ข้อมูลและกำกับการปฏิบัติตาม VAP bundle พบว่าอัตราการเกิด VAP ในเดือน ธ.ค.๖๗ และ ม.ค.๖๘ ลดลงตามเกณฑ์เป้าหมาย แต่ยังคงต้องติดตามหอผู้ป่วยที่มีอัตราการเกิด VAP สูงเกินเกณฑ์ ได้แก่

- อายุรกรรมหญิง (๑๑.๔๙ ครั้ง ต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ)
- NICU (๗.๖๙ ครั้ง ต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ)
- ICU๑ (๖.๓๒ ครั้ง ต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ)
- ICU ศัลยกรรม (๓.๘๑ ครั้ง ต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ)

อัตราการเกิด VAP เกินเป้าหมายในเดือน ก.พ. และ มี.ค. ๖๘ ซึ่งถ้าพิจารณาแยกตาม ward พบ ward ที่เกินเป้าหมาย ได้แก่

- ICU๑ (๘.๘๖ ครั้งต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ),
- NICU (๖.๒๘ ครั้งต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ)
- อนุ. (๔.๘๑ ครั้งต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ)

ได้ดำเนินการพัฒนาแนวทางการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามวงล้อ PDSA โดย

๑. คณะกรรมการ ICC เคยจัดทำเกณฑ์การวินิจฉัย VAP ให้เป็นไปตามมาตรฐานโดยมีเกณฑ์อาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผล CXR ซึ่งต้องขอความร่วมมือแพทย์เจ้าของไข้อ่านผล CXR และให้การวินิจฉัย แต่ในทางปฏิบัติ พบว่า บาง ward ไม่ได้ใช้แบบฟอร์มนี้ ในส่วนของกลุ่มงานอายุรกรรมได้ปรับ Lamphun ventilator weaning protocol ปรับปรุงล่าสุดกุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

๒. VAP bundle หัวข้อ Oral care

- VAP bundle ของทาง IC update ล่าสุด พฤษภาคม ๒๕๖๗ ในหัวข้อ Oral care ประกอบด้วย

๓. แปรงฟันวันละ ๒ ครั้ง ทุก ๑๒ ชั่วโมง

๔. ทำความสะอาดช่องปากด้วย ๐.๑๒ % Chlorhexidine เช็ดฟันและภายในช่องปากผู้ป่วยทุก ๔ ชั่วโมง สลับกับการแปรงฟัน แต่จากข้อมูลงานวิจัย และ VAP prevention guideline ๒๐๒๒ มีการปรับเปลี่ยนยกเลิกการใช้ ๐.๑๒% Chlorhexidine ในการทำความสะอาดช่องปาก เนื่องจากอาจจะเพิ่มอัตราการตายในผู้ป่วยได้ ให้ใช้การทำความสะอาดด้วยการแปรงฟัน และเช็ดทำความสะอาดช่องปากด้วย NSS ทุก ๔ ชั่วโมง

ปัจจุบันนี้บาง ward ที่ยกเลิกการใช้ ๐.๑๒% Chlorhexidine และปรับเปลี่ยนมาใช้ Sterile water หรือ NSS พบปัญหาช่องปากผู้ป่วยไม่สะอาดเหมือนตอนใช้ ๐.๑๒% Chlorhexidine ให้ใส่แบบฟอร์มเกณฑ์การวินิจฉัย VAP ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ทุกราย ก่อนใบ order

๕. เก็บข้อมูลการปฏิบัติป้องกันการเกิด VAP โดยวิธีการสุ่มสังเกต ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ๕ ราย/เดือน และวิเคราะห์ข้อมูล

๕. ใช้ NSS แทนการใช้ ๐.๑๒% Chlorhexidine ในการทำความสะอาดช่องปาก

วิเคราะห์การเกิด VAP ในโรงพยาบาล กราฟดำเนินการลดอัตราการเกิด VAP โดยใช้ WHAPO

๑. Review กระบวนการทำงาน

๒. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ

๓. Implement

๔. ติดตามผล

การดำเนินการ

- ทบทวน WI เกี่ยวกับ VAP เพื่อวิเคราะห์หา GAP ในแต่ละกระบวนการ เพื่อนำสู่การกำหนด Strong Action

- นำ WI เข้าที่ประชุม PCT/หน่วยงานที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและหน่วยงานที่ดูแลต่อ

- ติดตามผู้ป่วยทุกรายที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

- นำกลยุทธ์หรือมาตรการโดยใช้ Bundle หรือ checklist ร่วมด้วยในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งสำคัญพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์และนำสู่การปฏิบัติ มีการนิเทศติดตามและสุ่มประเมินการปฏิบัติ ซึ่งผลการประเมินการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในตำแหน่งที่สำคัญ บุคลากรสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น ติดตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ICU WARD

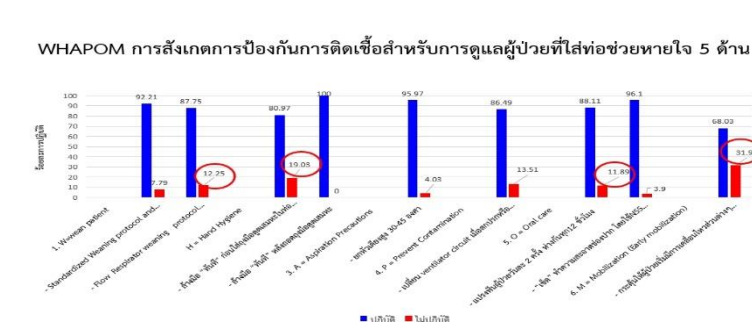
- ส่งเสริม ประสาน กระตุ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันให้ข้อมูลย้อนกลับผลการประเมิน (เช่น ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ หรือการปฏิบัติอื่น ๆ) เกี่ยวกับการ ดำเนินการป้องกันและควบคุมทบทวนความรู้แก่บุคลากรเก่าและใหม่ โดยการจัดโครงการอบรมฟื้นฟูความรู้การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละครั้ง ได้ดำเนินการจัดการอบรมวิชาการด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ update การปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อในตำแหน่งต่างๆที่สำคัญได้แก่ VAP CAUTI SSI เชื้อดื้อยา ตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด

ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลชุมชน แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ พนักงานแปล ศูนย์บริการ เป็นต้น

หลังจาก ICN ได้ไปให้ข้อมูลและกำกับการปฏิบัติตาม VAP bundle อัตราการเกิด VAP ในเดือน เม.ย ๖๘ ลดลงตามเกณฑ์เป้าหมาย แต่ยังคงต้องติดตามหอผู้ป่วยที่มีอัตราการเกิด VAP สูงเกินเกณฑ์ โดยจะดูแลเน้นการปฏิบัติตาม VAP bundle อัตราการล้างมือ และ feedback กลับไปยัง ward และติดตามจาก control chart อัตราการเกิด VAP เกินเป้าหมายในเดือน พ.ค.๖๘-ส.ค.๖๘ ซึ่งถ้าพิจารณาแยกตาม ward พบ ward ที่เกินเป้าหมาย ได้แก่

- ICU๑ (๑๐.๖๗ ครั้งต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ),
- NICU (๗.๔๘ ครั้งต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ)
- ICU๒ (๖.๒๐ ครั้งต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ)

หลังจาก ICN ได้ไปให้ข้อมูลและกำกับการปฏิบัติตาม VAP bundleพบว่า การปฏิบัติในหมวด Hand hygiene ของการ ล้างมือ “ทันที” ก่อนใส่ถุงมือคัดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ปฏิบัติ ร้อยละ ๘๐.๙๗ Oral care ปฏิบัติร้อยละ ร้อยละ ๘๘.๑๑ Mobilization (Early mobilization ปฏิบัติ ร้อยละ ๖๐.๐๓



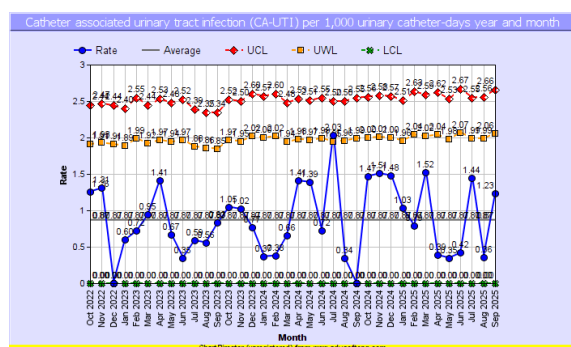
ติดตามหอผู้ป่วยที่มีอัตราการเกิด VAP สูงเกินเกณฑ์ โดยดูการปฏิบัติตาม VAP bundle อัตราการล้างมือ และ feedback กลับไปยัง ward และติดตามจาก control chart

ผลการติดตามการปฏิบัติตาม VAP bundle (เป้าหมาย > ร้อยละ ๘๐) พบว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด ๓ อันดับแรก คือ

- Early mobilization ปฏิบัติได้ ร้อยละ ๖๘.๐๓
- การล้างมือ “ทันที” ก่อนใส่ถุงมือคัดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ปฏิบัติได้ ร้อยละ ๘๐.๙๗
- เปลี่ยน ventilator circuit เมื่อสกปรก หรือระบบการทำงานผิดปกติ ปฏิบัติได้ร้อยละ ๘๖.๔๙
- เนื่องจากยังขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับ Early mobilization ให้หาข้อมูลแนวทางปฏิบัติ

เพื่อการพัฒนาต่อไป

๓. CAUTI rate เป้าหมาย < ๑.๕ ต่อ ๑๐๐๐ วันใส่สายสวนปัสสาวะ



อัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI rate) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จากการคาสายสวนปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (เป้าหมาย <๑.๕ ต่อ ๑๐๐๐ วันใส่สายสวนปัสสาวะ) จากปี ๒๕๖๗-๒๕๖๘ พบ ๐.๘๖ และ ๑.๐๔ ต่อ ๑๐๐๐ วันใส่สายสวนปัสสาวะตามลำดับ ไม่เกินเกณฑ์เป้าหมาย เนื่องจากบุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้อย่างเคร่งครัด พบว่าส่วนใหญ่ทำตามแนวทางที่กำหนดและเน้นการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่การปฏิบัติตาม CAUTI bundle อย่างสม่ำเสมอ

ถึงแม้ว่า อัตราการเกิด CAUTI ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (<๑.๕ ต่อ ๑๐๐๐) แต่ก็ยังพบปัญหาการติดเชื้อCAUTI จากการวิเคราะห์ พบว่าหอผู้ป่วยที่มีอัตราการเกิด CAUTI สูงเกินเกณฑ์จากข้อมูลเดือน ต.ค. ๖๗- พ.ย. ๖๗ พบว่า

- สงฆ์ ๒ (๒๕.๖๔ ครั้ง ต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่สายสวนปัสสาวะ)
- ศัลยกรรมชาย (๑๐.๓๑ ครั้ง ต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่สายสวนปัสสาวะ)
- สงฆ์ ๔ (๖.๑๓ ครั้ง ต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่สายสวนปัสสาวะ)

ในปี ๒๕๖๗ ได้ดำเนินการโดย

- นำWการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะที่ปรับเข้าที่ประชุม PCT/หน่วยงานที่ใส่สายสวนปัสสาวะ และหน่วยงานที่ดูแลต่อ
- ติดตามผู้ป่วยทุกรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะ-(แจ้งแพทย์เรื่องความจำเป็นในการใส่สายสวนปัสสาวะ และให้พยาบาลเตือนเรื่องเอาสายสวนปัสสาวะออก)
- ทำ CAUTI BUNDLE ติดตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ER uro ortho med ICU WARD Neuro
- แนวทางการเอาสายสวนปัสสาวะออก (โดยอัตโนมัติ)

แผนการการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยง การเกิด CAUTI

๑. นำเข้าองค์กรแพทย์ ๒๓ กค ๒๕๖๗
๒. ทดลองปฏิบัติและติดตาม
๓. นำเข้าที่ประชุมหัวหน้าตึก, COPIC

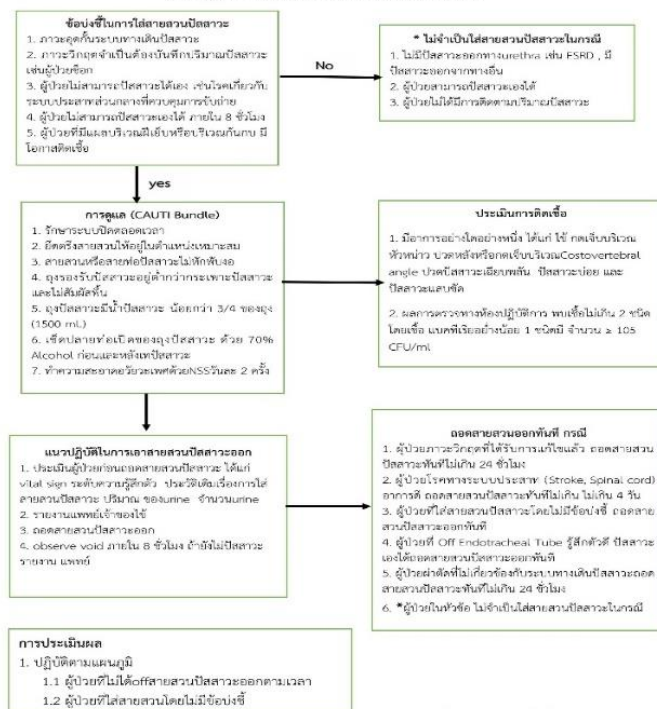
เน้นการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่การปฏิบัติตาม CAUTI bundle อย่างสม่ำเสมอผลการดำเนินงาน CAUTI ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (<๑.๕ ต่อ ๑๐๐๐) แต่ก็ยังพบปัญหาการติดเชื้อCAUTI อยู่ ได้ ปรับWการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ ในปี ๒๕๖๗ ได้ดำเนินการโดย

- นำWการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะที่ปรับเข้าที่ประชุม PCT/หน่วยงานที่ใส่สายสวนปัสสาวะ และหน่วยงานที่ดูแลต่อ
- ติดตามผู้ป่วยทุกรายที่ใส่สายสวนหลอดเลือด
- ทำ CAUTI BUNDLE ติดตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ER uro ortho med ICU WARD Neuro
- แนวทางการเอาสายสวนปัสสาวะออก (โดยอัตโนมัติ)

แผนการการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยง การเกิด CAUTI

๑. นำเข้าองค์กรแพทย์ ๒๓ กค ๒๕๖๗
๒. ทดลองปฏิบัติและติดตาม
๓. นำเข้าที่ประชุมหัวหน้าตึก, COPIC ,

แนวปฏิบัติในการใส่และถอดสายสวนปัสสาวะ



กลุ่มงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรกฎาคม 2567

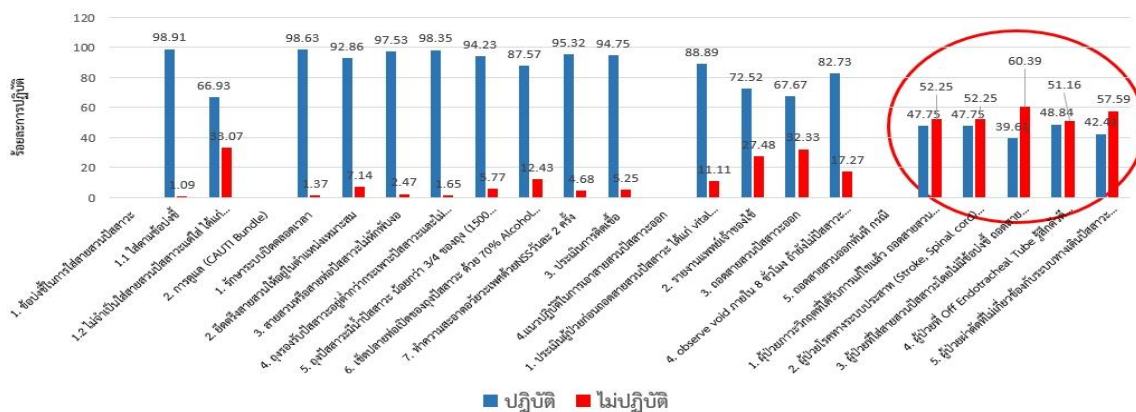
- จากข้อมูลเชื้อมั่วย ปี ๒๕๖๗ พบเชื้อมั่วยจาก urine ในสัดส่วนที่มากที่สุด (ร้อยละ ๔๕) อัตราการเกิด CAUTI เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย แต่ยังมีผู้ป่วยที่มีอัตราการเกิด CAUTI สูงเกินเกณฑ์ ได้แก่ ในเดือน ก.พ. และ มี.ค. ๖๘ ซึ่งถ้าพิจารณาแยกตาม ward พบ ward ที่เกินเป้าหมาย ได้แก่

- สงฆ์ ๒ (๒๕.๖๔ ครั้ง ต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่สายสวนปัสสาวะ)
- ศัลยกรรมชาย (๘.๕๑ ครั้ง ต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่สายสวนปัสสาวะ)
- สงฆ์ ๔ (๕.๙๒ ครั้ง ต่อ ๑,๐๐๐ วันใส่สายสวนปัสสาวะ)

จากการดำเนินการยังคงพบการไม่ปฏิบัติตาม CAUTI bundle ได้แก่ เวลาเปลี่ยนผู้ป่วยระหว่าง ward มีการวางถุงรองรับปัสสาวะอยู่ระดับเดียวกับกระเพาะปัสสาวะ และการเช็ดปลายท่อเปิดของถุงปัสสาวะด้วย ๗๐% Alcohol ก่อนและหลังเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (ใช้สำลีเดียวกันในผู้ป่วยหลายราย) ได้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบแล้ว

- เก็บข้อมูลการปฏิบัติตาม CAUTI bundle ๑ เดือน

การสังเกตการใส่และถอดสายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ



จากการติดตามการปฏิบัติตาม CAUTI bundle พบว่า ผู้ป่วยไม่มีข้อบกพร่องในการใส่สายสวนปัสสาวะแล้ว แต่ยังคงใส่สายสวนอยู่ เนื่องจากไม่มีการประเมินข้อบกพร่องในการใส่สายสวนปัสสาวะโดยแพทย์ทุกวัน

การแก้ไข: ๑. จัดทำตารางป้อนใบ order ว่าผู้ป่วยรายนี้มีข้อบกพร่องในการใส่สายสวนปัสสาวะหรือไม่ ให้แพทย์เจ้าของไข้ประเมินทุกวัน (แนวทางการใช้สาย尿管 Physician Foley Catheter Reminder

- นำร่อง ward สงฆ์ ๒, อช, อด, ศญ, ศช และ ศลย ๓

๒. ให้หัวหน้าตึก กระตุ้นแจ้งเตือนแพทย์ และเจ้าหน้าที่ในการประเมินผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะตาม CAUTI bundle

๓. Surgical site infection (SSI) – Clean wound (เป้าหมาย < ๐.๕ ครั้ง ต่อ ๑๐๐ รายผ่าตัด)

- ไม่เกินเกณฑ์เป้าหมายอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด Clean wound ยังพบว่ามีการติดเชื้อแผลผ่าตัด clean wound มีการติดเชื้ออยู่จากปี ๒๕๖๖-๒๕๖๘ พบ ๐.๑๓, ๐.๑๘ และ ๐.๐๙ ต่อ ๑๐๐ การผ่าตัดแผลสะอาดตามลำดับ การดำเนินการ RCA การติดตามต่อเนื่อง

การดำเนินการ RCA การติดตามต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ พบ ๗ ราย คือ การผ่าตัดทาง

ออร์โธ ๖ ราย และ การทำ mastectomy ๑ ราย หัตถการที่พบการติดเชื้อบ่อยคือ การผ่าตัดกระดูกและข้อ ซึ่งจากการทำ RCA พบว่าปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อ ได้แก่ ปัจจัยของผู้ป่วย การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน ดังนั้นยังคงต้องมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด มีติดตามอย่างต่อเนื่อง และได้ดำเนินการ

- นำ WI การติดเชื้อแผลผ่าตัด กำหนดแนวทางปฏิบัติ โดยเฉพาะการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และการติดตามหลังผ่าตัด (รวมถึงการเยี่ยมบ้าน) เข้าที่ประชุม PCT SX Neuro gen sx ortho

- Review การใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยผ่าตัด

- Review หัตถการที่มีการติดเชื้อ และเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

- กำหนดการใช้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกัน

- ดำเนินการ focus หัตถการที่มีภาวะติดเชื้อสูง

orthopedic ได้แก่ THA TKA Surgery ได้แก่ MRM Vascular Neuro ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยใส่สาย ventriculostomy

ในเดือน พ.ย.๖๗-ธ.ค.๖๗ พบหัตถการทำ AVGF และผ่าตัด ORIF ในแผลผ่าตัดสะอาด ติดเชื้อ แก้ไขโดย

- วางแผนการเฝ้าระวังและกำหนดประเภทของการผ่าตัดที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง และร่วมกัน

- ทบทวน SSI เพื่อวางมาตรการป้องกันร่วมกัน กำหนดมาตรการป้องกัน SSI ตาม bundle มีการติดตามรายงานตัวชี้วัดอัตราแผลผ่าตัดสะอาดติดเชื้อ SSI ทุกเดือน วิเคราะห์ผลลัพธ์ดำเนินการได้ตามแผนงานหรือไม่ ผลการดำเนินงานในการป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐาน

- การเฝ้าระวังและการทบทวน SSI ตามประเภท ของการผ่าตัดที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงนำแนวทางการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด (perioperative antibiotic prophylaxis) มาใช้

- ทบทวนเพื่อวางแนวทางการปรับกระบวนการทำความสะอาด การทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ ปรับพื้นที่ห้องเก็บเครื่องมือ sterile ที่ไม่ได้มาตรฐาน ติดตั้งประตูห้องเก็บของ sterile เป็นประตูที่ปิดมิดชิด

Physician Foley Catheter Reminder

วันที่เริ่มใส่สายสวน/...../.....

ต้องการใส่สายสวนต่อ ☐ Yes ☐ No

ข้อบกพร่องในการใส่สายสวนปัสสาวะ

☐ Urinary retention or obstruction

☐ Close monitoring in critically patient

☐ Open wound at sacral or perineal area

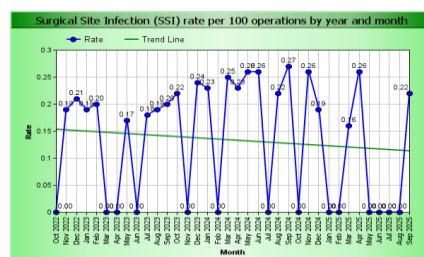
☐ Perioperative

☐ Prolonged immobilization

☐ End of Life care

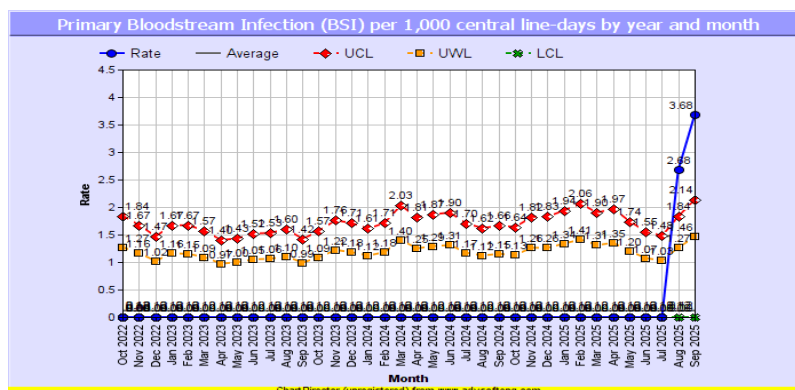
☐ Other.....

ลงชื่อแพทย์.....



- ทบทวนเครื่องมือแพทย์ในการทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ออกแบบเพื่อการใช้ครั้งเดียวแต่กลับนำมาใช้ใหม่เพื่อให้ได้มาตรฐาน
- ติดตามผลการติดเชื้อหลังการใช้ในอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ออกแบบเพื่อการใช้ครั้งเดียวแต่กลับนำมาใช้ใหม่
- ทบทวนเครื่องมือแพทย์ในการทำการปราศจากเชื้อ และประสานงานศูนย์เครื่องมือแพทย์ เพื่อการสอบเทียบเครื่องมือ เพื่อให้ได้มาตรฐาน
- การดำเนินงานในส่วนการล้างเครื่องมือ อบแห้ง แพค นึ่งฆ่าเชื้อ ตามมาตรฐาน IC โดยให้ทาง IC และ CSSD เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน

๔. Central line associated blood stream infection (CLABSI) (เป้าหมาย < ๑.๕ ครั้ง ต่อ ๑,๐๐๐ วันคาสายสวนหลอดเลือดดำ)



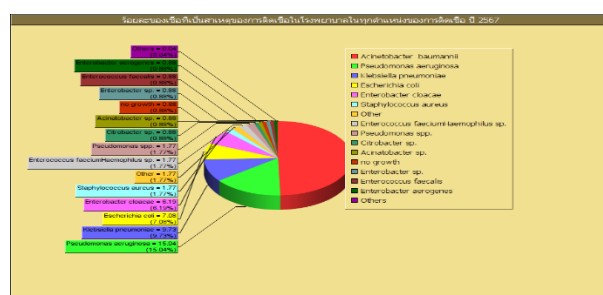
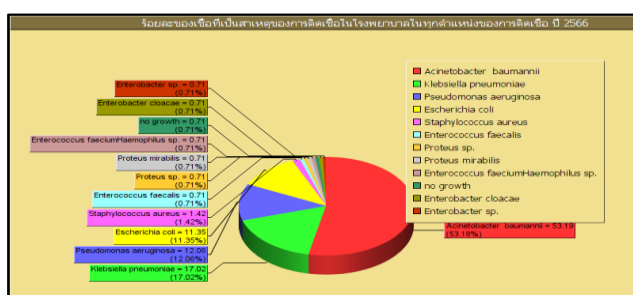
อัตราการติดเชื้อจากการใส่สายสวนหลอดเลือด (CLBSI) พบรายงานการติดเชื้อในห้องไอซียู จากการฟอกไต โรงพยาบาลลำพูน ๒ ราย ในเดือน ส.ค.๖๘ ๑ ราย และ ก.ย.๖๘ ๑ ราย พบเชื้อ Staphylococcus aureus ทั้ง ๒ ราย

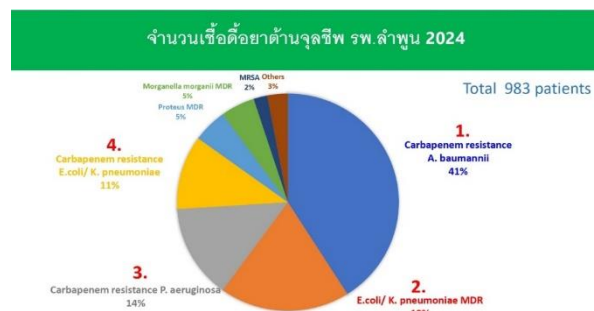
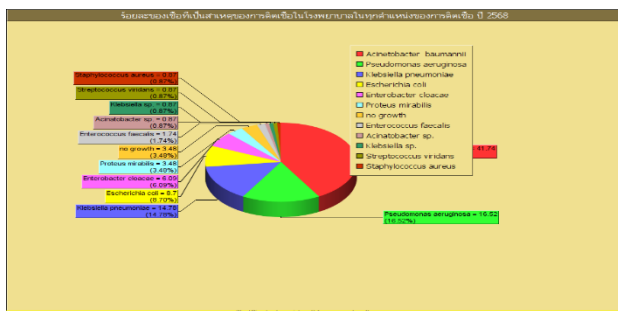
ปัญหาเกี่ยวกับ CLABSI bundle พบว่า

- บุคลากรทางการแพทย์ไม่ใส่ชุดป้องกัน และการใส่สายสวนทำใน ward ทั่วไป
- การดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือด

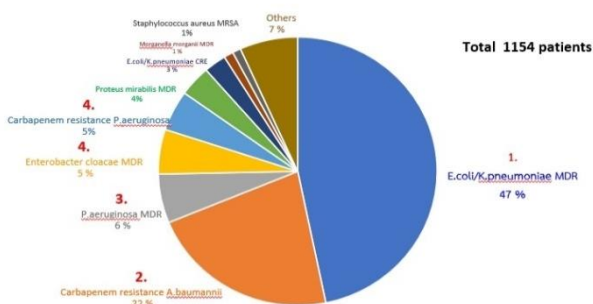
๑. ทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดค้ำส่วนกลาง CABSI
๒. ทำ WI เข้าที่ประชุม PCT/หน่วยงานที่ใส่สายสวนหลอดเลือด และหน่วยงานที่ดูแลต่อ
๓. ประสานหน่วยงานที่ใส่สายสวนหลอดเลือด ได้แก่ ICU OR ไอซียู
๔. ทำ CABSI BUNDLE ติดตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ER ICU WARD
๕. ติดตามผู้ป่วยทุกรายที่ใส่สายสวนหลอดเลือด

๕. ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาภายในปี ๒๕๖๘ พบส่วนใหญ่พบเชื้อ Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa และ Klebsiella pneumoniae คิดเป็น ร้อยละ ๔๔.๗๔ , ๑๖.๕๒ และ ๑๔.๗๘ ตามลำดับ

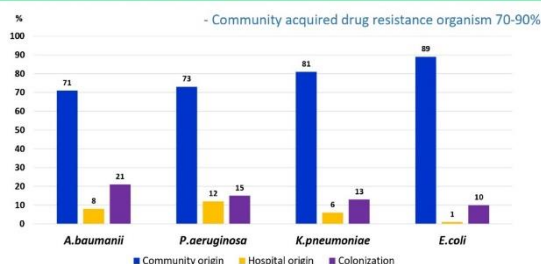




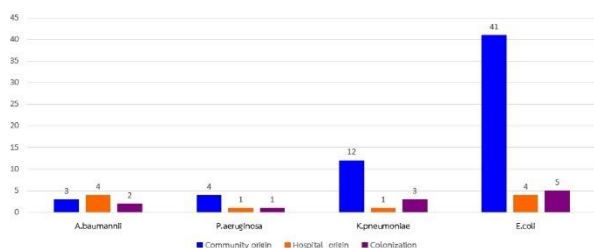
จำนวนเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ รพ.ลำพูน 2025



ข้อมูลเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ รพ.ลำพูน 2024



ข้อมูลเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ รพ.ลำพูน 2025



ข้อมูลเชื้อดื้อยาที่ได้รับการควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ปี 2568

เชื้อดื้อยาที่ได้รับการควบคุมเป็นกรณีพิเศษ รพ.ลำพูน

1. *Vancomycin resistant enterococci (VRE) ที่ใช้ Enterococcus faecium ที่ดื้อ Vancomycin*
2. *Carbapenem resistant Enterobacteriaceae (CRE) ที่ใช้ Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae ที่ดื้อ Meropenem, Imipenem*
3. *Acinetobacter baumannii ที่ดื้อ Colistin*
4. *Pseudomonas aeruginosa ที่ดื้อ Colistin*
5. *Stenotrophomonas maltophilia ที่ดื้อ Co-trimoxazole และ Levofloxacin*

Organisms	2022	2023	2024	2025
E. Coli (CRE)	54	17	29	26
K. Pneumoniae (CRE)	81	45	29	20
Colistin-resistant A. Baumannii	2	0	1	0
Colistin-resistant P. aeruginosa	45	11	0	0
S. Maltophilia (Resist TMP/SMX & LEV)	15	1	5	0
Enterococcus (VRE)	36	10	3	6
Total	233	84	67	52

แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย

เชื้อดื้อยาที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ได้แก่

๑. *Pseudomonas aeruginosa* ที่ดื้อต่อยา Colistin
๒. *Acinetobacter baumannii* ที่ดื้อต่อยา Colistin
๓. *Stenotrophomonas maltophilia* ที่ดื้อต่อยา Co-trimoxazole และ Levofloxacin
๔. Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae เช่น เชื้อ *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae* ที่ดื้อต่อยา Imipenem, Meropenem, หรือ Doripenem
๕. Vancomycin-Resistant Enterococci (VRE) เช่น เชื้อ *Enterococcus faecium* ที่ดื้อต่อยา Vancomycin เป็นต้น

แนวปฏิบัติ	การดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
๑.สถานที่	๑.๑ จัดผู้ป่วยเข้าห้องแยก ๑.๒ จัดเป็นบริเวณที่มีฉากกันชัดเจน ๑.๓ การจัด Unit ผู้ป่วย/อยู่ในห้องแยก /แยกอุปกรณ์เครื่องใช้ /จัดให้มีแอลกอฮอล์ล้างมือไว้ที่เตียงผู้ป่วย	หอผู้ป่วย
๒. บุคลากร	๒.๑ ใส่อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม (Basic มีเสื้อกาวน์พลาสติก , ถุงมือ , หน้ากากอนามัย) ๒.๒ ถอดอุปกรณ์ป้องกันในห้องผู้ป่วย / เตียงผู้ป่วย หลังถอดถุงมือล้างมือทุกครั้ง ๒.๓ กรณีทำหัตถการต้องเตรียมอุปกรณ์ให้ครบชุดพร้อมใช้และควรมีผู้ช่วยอยู่นอกห้อง เพื่อส่งอุปกรณ์ที่ต้องการใช้เพิ่ม ๒.๔ ไม่นำ chart ผู้ป่วยไปที่เตียงผู้ป่วย ให้เก็บไว้ที่เคาน์เตอร์พยาบาล ๒.๕ การเก็บ specimen พยาบาลใส่อุปกรณ์ป้องกันเข้าไปเก็บ specimen ใส่ภาชนะบรรจุตามประเภท specimen ให้มีเจ้าหน้าที่อีกคนถือถุงใส่รองรับอีกครั้ง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อใน ward ไปจนถึงห้อง Lab	หอผู้ป่วย
	๒.๖ ปฏิบัติตามหลัก Standard precautions ขณะให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายในหอผู้ป่วยโดยถือว่าผู้ป่วยทุกรายอาจมีเชื้ออยู่ตามร่างกาย ๒.๗ ใช้หลัก Contact precautions เมื่อดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทุกราย ๒.๘ ล้างมือตามหลัก ๕ Moments ๗ ขั้นตอน - การสัมผัสผู้ป่วย - ก่อนทำหัตถการสะอาดปราศจากเชื้อ - หลังสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย - หลังสัมผัสผู้ป่วย - หลังสัมผัสสิ่งรอบตัวผู้ป่วย ๒.๙ สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม กรณีที่คาดว่าจะอาจสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย ๒.๑๐ จำกัดบุคลากรและญาติ / แฉ่งผู้ป่วยและญาติให้รับทราบ เพื่อขอความร่วมมือ	
๓. การทำความสะอาด	-ใช้น้ำยา ๐.๕% hypochlorite ทำความสะอาดเตียงอย่างน้อยวันละครั้ง หรือทุกครั้งที่เปลี่ยนคนไข้ -พื้น ใช้น้ำยา ๐.๕% hypochlorite หรือน้ำยาทำความสะอาดของบริษัท	หอผู้ป่วย
๔. การสิ้นสุดการแยกผู้ป่วย	๑.ส่ง specimen เข้าใน Day ๗ ถ้าผลบวกให้ยาต้านจุลชีพต่อ ๒. ส่ง specimen เข้าทุกๆ ๔ วัน จนกว่าผลเป็นลบ แล้วให้ส่งคู่กับ stool culture ทุก ๔ วัน ผลต้องเป็นลบติดต่อกัน ๒ ครั้ง จึงยกเลิกการแยกผู้ป่วย	หอผู้ป่วย

การดำเนินงาน

๑. การกำหนดมาตรการเพื่อการจัดการและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา เช่น ระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา ร่วมกับการงานจุลชีววิทยา การรายงานผลการเพาะเชื้อผ่านระบบlab เพื่อให้แพทย์และผู้ปฏิบัติงานทราบผลได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา

๒. คณะกรรมการ ICC ได้จัดทำระเบียบปฏิบัติเรื่องการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพหลายขนาน สำหรับบุคลากรใช้เป็นแนวทาง ครอบคลุมประเด็น การใช้ PPE การแยกของใช้ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การทำความสะอาดมือ การสื่อสาร ให้ข้อมูลในทีมดูแลรวมถึงผู้ป่วยและญาติ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน

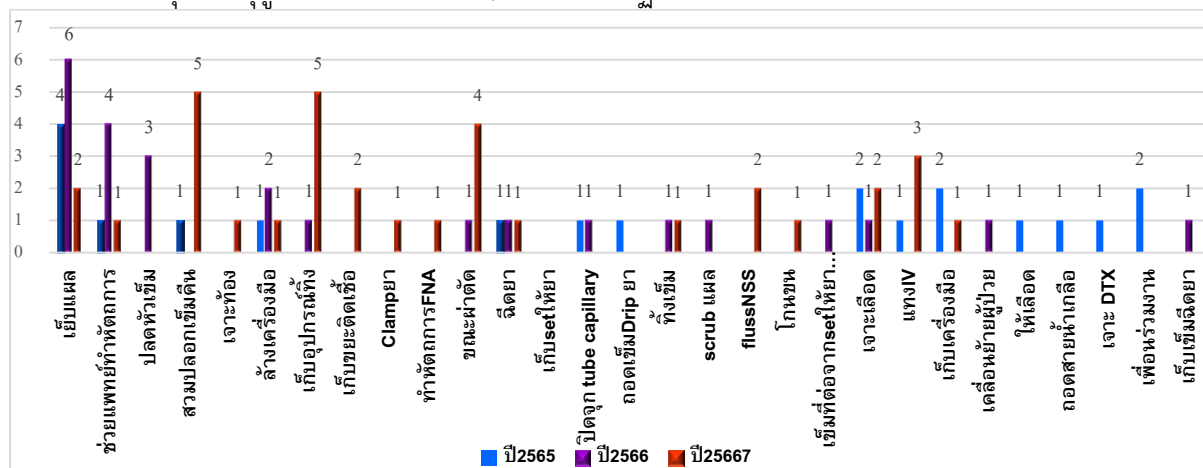
๓. ทีม IC ร่วมกับทีม PTC, AMR ในการกำหนดแนวทางและติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในโรงพยาบาล พร้อมทั้งคืนข้อมูลย้อนกลับให้องค์กรแพทย์ทราบอย่างสม่ำเสมอ

๔. การสนับสนุนด้านระบบสารสนเทศ ได้แก่ ได้มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลรายเดือนด้วยโปรแกรม National Infection Surveillance Ministry of Public Health นำเสนอไว้ใน Data Center แยกตามTarget site และหอผู้ป่วย ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่หน่วยงานทุกๆ ๑ เดือน รายงานผลการเฝ้าระวังไป Benchmark กับโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงกันผ่านโครงการ THIP II และร่วมกับระบบฐานข้อมูลโรคติดเชื้อ (IC Surveillance Program) ของสถาบันบาราศนราดรุ กรมควบคุมโรค เป็นศูนย์กลางข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับประเทศ สามารถวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระดับโรงพยาบาล ระดับเขตบริการสุขภาพ และในระดับประเทศ

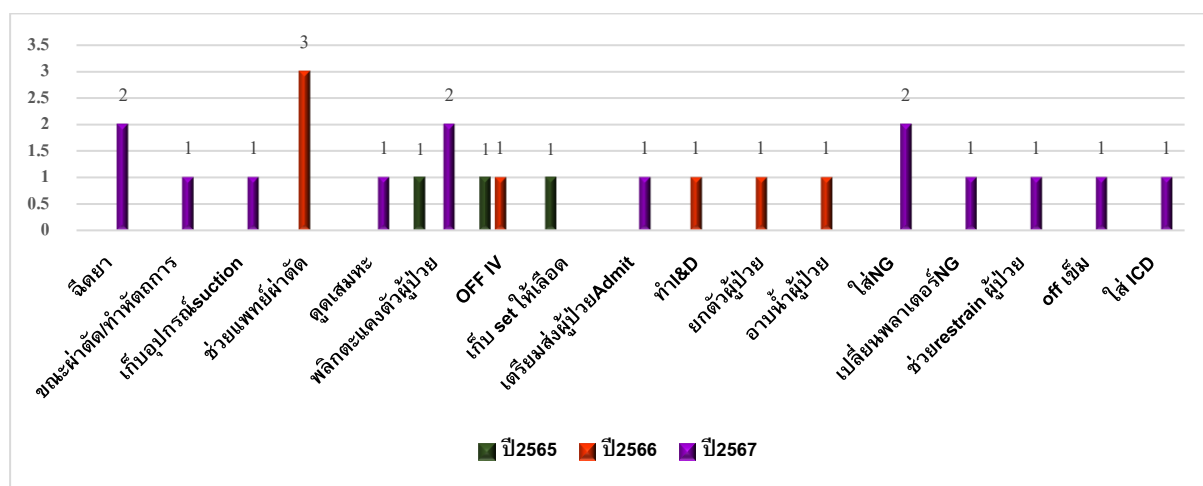
๕. ในปี ๒๕๖๘ เนื่องจากห้องแยกตามหอผู้ป่วยไม่มี จึงได้ปรับแนวทางปฏิบัติเมื่อพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ที่ต้องได้รับการควบคุมเป็นกรณีพิเศษ รพ.ลำพูน

หลักปฏิบัติ	
1. เมื่อพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่ต้องได้รับการควบคุมเป็นกรณีพิเศษ รพ.ลำพูนให้แยกผู้ป่วยที่สงสัย 2 1.1 CRE (Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae) VRE (Vancomycin-resistant Enterococci) Pseudomonas aeruginosa ที่ดื้อยา Colistin Acinetobacter baumannii ที่ดื้อยา Colistin Stenotrophomonas maltophilia ที่ดื้อยา Co-trimoxazole และ Levofloxacin 1.2 CRAB CRPA MRSA แยกที่หอผู้ป่วยตามหลักการแบบ contact precautions 1.3 ESBL แยกที่หอผู้ป่วยตามหลักการ Standard precautions 2. แยกผู้ป่วย โดยปฏิบัติตามหลักการแบบ contact precautions ให้แยกผู้ป่วยเข้าห้องแยก ถ้าไม่สามารถทำได้ ให้จัดผู้ป่วยให้อยู่ในบริเวณที่ห่างจากผู้ป่วยอื่นหรือแยกเป็นสัดส่วน และปฏิบัติดังนี้ 2.1 ติดป้ายแนวทางปฏิบัติหน้าห้อง, เติ่ง และ/หรือหน้าเพิ่มเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อสื่อสารส่งข้อมูลระหว่างทีมที่ร่วมดูแลผู้ป่วย 2.2 ผู้เข้าเยี่ยมควรได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยมจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยก่อน 2.3 ล้างมือก่อนเข้า-ออกจากห้องผู้ป่วยด้วยสบู่ฆ่าเชื้อหรือ alcohol hand rub ทั้งบุคลากรและญาติ 2.4 แยกอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อแต่ละรายไม่ให้รวมกับผู้ป่วยอื่น เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต หากต้องนำไปใช้ร่วมกับผู้ป่วยรายอื่นจะต้องซักทำความสะอาด cuff ก่อน ส่วน Stethoscope และข้อต่อ Spirometer เมื่อใช้แล้วให้เช็ดด้วย 70 % Alcohol หรือแผ่นเช็ดทำลายเชื้อทุกครั้ง 2.5 สวมถุงมือทุกครั้งก่อนสัมผัสผู้ป่วย 2.6 สวม mask สวม gown เมื่อคาดว่าจะมี Infectious material กระเด็นมาปนเปื้อนอุปกรณ์ทางการแพทย์ทุกชนิดที่สัมผัสผู้ป่วย เช่น ชะเย่ที่ปนเปื้อน สิ่งคิดหลังจากผู้ป่วยถือว่าเป็นขยะติดเชื้อให้ทิ้งในถุงขยะสีแดง	3. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 3.1 หลีกเลี่ยงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นถ้าจำเป็นต้องเคลื่อนย้ายควรทำเป็นรายสุดท้าย และควรนัดเวลาให้เหมาะสมไม่ให้ผู้ป่วยไปรบกวน 3.2 ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องแจ้งให้ เจ้าหน้าที่จุดที่ผู้ป่วยจะถูกส่งไป และพนักงานเปล ที่รับส่งผู้ป่วยทราบล่วงหน้า เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 3.3 ปิดคลุมแผล และบริเวณอื่น ๆ ที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อ ให้มิดชิด ก่อนส่งผู้ป่วย 3.4 อุปกรณ์ที่ใช้ในการรับส่งผู้ป่วย เช่น เปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ต้องทำความสะอาด ก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่น บุคลากรที่นำส่งผู้ป่วยต้องล้างมือทุกครั้ง 4. การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อ อย่างสม่ำเสมอ จนกว่าจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะถือว่ายกเลิกการแยกผู้ป่วย 5. การดูแลเครื่องผ้าของผู้ป่วย ได้แก่ เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน และปลอกหมอน หลังใช้กับผู้ป่วยแล้ว ควรแยกใส่ในถุงที่จัดไว้ในห้องแยกและเคลื่อนย้ายโดยแยกใส่ในถุงผ้าติดเชื้อ 6. การทำความสะอาดห้องแยก - แยกทำความสะอาดเครื่องมือที่ใช้ภายในห้องแยก ไม่ทำร่วมกับเครื่องมืออื่น - ผ้าหรือกระดาษที่ใช้ทำความสะอาดในห้องแยกควรใช้ชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง - ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมภายในห้อง เช่น โต๊ะ ตู้ข้างเตียง ทุกรัน โดยใช้ผงซักฟอกหรือแผ่นเช็ดทำลายเชื้อ - คนงานทำความสะอาดภายในห้องแยกต้องสวมเสื้อคลุม ผ้าปิดปาก-จมูก ถุงมือที่จัดไว้เฉพาะสำหรับห้องนั้น และถอดใส่ในถุงที่เตรียมไว้ในห้องนั้นก่อนออกจากห้อง - เทอร์มิเตอร์ภายในห้องทั้งหมดรวมทั้ง หมอนพลาสติก ให้เช็ดและทำความสะอาดด้วยผงซักฟอก - ภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยแล้วควรเปิดห้องให้มีอากาศถ่ายเทได้ตามปกติ

กิจกรรมที่เกิดอุบัติเหตุถูกเข็มของมีคมทิ่มตำ/บาด ขณะปฏิบัติหน้าที่ ปี ๒๕๖๕ – ปี ๒๕๖๗



กิจกรรมที่เกิดอุบัติเหตุสัมผัสแผลเลือดของเหลวของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่ ปี ๒๕๖๕ – ปี ๒๕๖๗

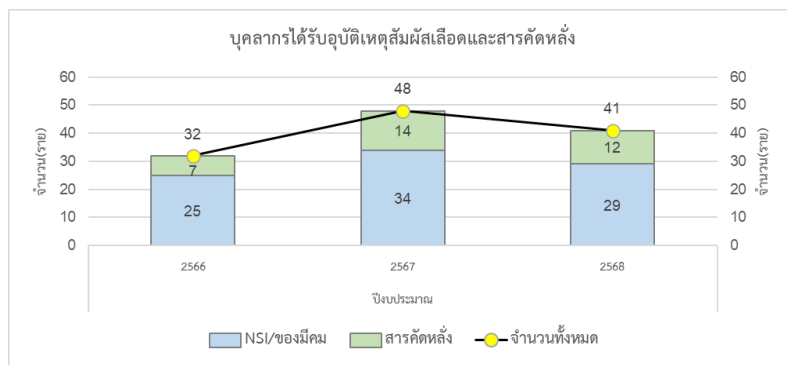


การดำเนินการถูกเข็มทิ่มตำและสารคัดหลั่ง (needle sharp injury) : อุบัติเหตุเข็มทิ่มยังพบอุบัติการณ์มากอยู่ แยกประเภทสาเหตุของเข็มทิ่มตำและสารคัดหลั่ง (ปี ๖๗) และวิเคราะห์ RCA หน่วยงานพบว่าเกิดจากเข็มทิ่มตำ จำนวน ๔๘ ราย ส่วนใหญ่เกิดจากการสวมปลอกเข็มกลับและ เก็บอุปกรณ์ทิ้ง จำนวนเท่ากัน ขณะผ่าตัด และให้ IV จำนวน ๔ และ ๓ ครั้งตามลำดับ สารคัดหลั่ง จำนวน ๑๔ ครั้ง ส่วนใหญ่เกิดจาก ช่วยแพทย์ทำหัตถการ จำนวน ๓ ครั้ง หน่วยงานที่พบมากที่สุด ER และ OR จำนวน ๑๐ และ ๘ ครั้ง ตามลำดับ และอายุรกรรมและ ICU พบจำนวน ๔ ครั้งเท่ากัน

การแก้ไขบทวนและวิเคราะห์อุบัติการณ์บุคลากรถูกของมีคมทิ่มตำ/ สัมผัสเลือด/ สารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน ของการทำ RCA เพื่อวิเคราะห์บทวนถึงความเหมาะสม/ ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการหรือการปรับเปลี่ยนที่ผ่านมา และปรับปรุงโดยใช้แนวคิด และเครื่องมือคุณภาพ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สามารถแก้ไขรากเหง้าของปัญหาอย่างเป็นระบบ ได้จัดอบรมบุคลากรใหม่ทุกราย เรื่องการจัดการของมีคม แนวทางการถูกของมีคมและสารคัดหลั่ง แนวทางป้องกันและแก้ไขร่วมกับทีมความเสี่ยงฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับแนวทางการเกิดพยาบาลอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ ของมีคมบาด ให้กับบุคลากรในทุกระดับในการประชุมวิชาการประจำปี กำหนด zone ที่มีอุบัติการณ์การเกิดมาก และกำหนดแนวทางปฏิบัติที่สามารถบังคับใช้ได้ เช่น ถ้าไม่ทำตามข้อกำหนด ไม่ให้ทำหัตถการ

การวิเคราะห์เข็มทิ่มตำ ยังพบว่ายังมีการเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำและสารคัดหลั่งอยู่ ได้ทำการวิเคราะห์ร่วมกับกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมroot course หาสาเหตุ ข้อมูลจากความเสี่ยง แสงสว่างไม่เพียงพอ การทำงานเร่งรีบ อุปกรณ์เพียงพอหรือไม่ ขาดการอบรม เจ้าหน้าที่ใหม่หรือไม่ ต้อง reskill อบรม ทั้งเจ้าหน้าที่ใหม่ /เก่า plan ติดตามทุกกี่เดือน ปัญหาอาจเจอข้อมูล under report ในความเสี่ยง จะเจอในกรณีมาขอยา PEP มาพบ IC (IC จะลงความเสี่ยงให้ทุกครั้ง) ปรับสูตรยาต้านไวรัส HIV ตาม guideline เป็น TDF(๓๐๐mg) + ๓TC(๓๐๐mg) + DTG (๕๐mg) ๑x๑ pc (Dalavir ®) ๔ week และงานเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่โดนเข็มตำจะย้ายไปให้กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมดูแลแทน เริ่ม ๑๖/๖/๖๘

ในปี ๒๕๖๘ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม มีการทบทวนอุบัติการณ์จากโปรแกรมความเสี่ยงและงานป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่มีโอกาสทำให้บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ พบว่าอุบัติเหตุบุคลากรถูกเข็ม/ของมีคมทิ่มตำ สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินการทบทวนแนวทางการป้องกันและการปฐมพยาบาลใหม่ไปแล้ว ความรุนแรงส่วนใหญ่อยู่ในระดับ C และมี ๑ อุบัติการณ์อยู่ระดับ D จากการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนใหญ่บุคลากรที่สัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ รองลงมาคือแพทย์ และผู้ช่วยเหลือคนไข้/ผู้ช่วยพยาบาล สถานที่เกิดเหตุ ๓ อันดับแรกคือ ห้องผ่าตัด ห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วย ICU



ที่มา : กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

◇ งานจ่ายกลาง กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

๑. บริบท (Context)

หน่วยงานจ่ายกลาง ตั้งอยู่ที่ชั้น ๔ อาคารสนับสนุน ๕ ชั้น (๑ ต.ค. ๒๕๖๖) การบริหารงานขึ้นตรงกับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้างาน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทั้งหมด ๒๑ คน

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

มีหน้าที่รับผิดชอบในกระบวนการรับเครื่องมือที่สามารถใช้ซ้ำได้ จากหน่วยงานต่าง ๆ และสถานบริการทางการแพทย์ในเครือข่ายเข้าสู่กระบวนการการทำความสะอาด การบรรจุหีบห่อ การทำให้ปราศจากเชื้อ และการแจกจ่ายเครื่องมือแพทย์ที่ปราศจากเชื้อเพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถนำกลับมาใช้กับผู้ป่วยใหม่ได้อย่างปลอดภัยตามมาตรฐาน เพียงพอ พร้อมใช้งาน

ข. ขอบเขตการให้บริการให้บริการแก่หน่วยงานในโรงพยาบาล ดังนี้

๑. บริการรับแลกเครื่องมือที่ใช้แล้ว
 ๒. ทำความสะอาดเครื่องมือ
 ๓. จัดชุดเครื่องมือ
 ๔. ทำปราศจากเชื้อเครื่องมือ
 ๕. จัดหา เบิกจ่าย เครื่องมือทดแทน เครื่องมือทั้งที่จัดทำใหม่ และทดแทนที่ชำรุด โดยให้บริการทุกวัน
- ให้บริการสถานบริการทางการแพทย์ในเครือข่าย ดังนี้
๑. ทำปราศจากเชื้อเครื่องมือ โดยการอบแก๊ส
 ๒. เป็นแหล่งอบรม ศึกษาดูงาน และช่วยเหลือในด้านข้อมูลความรู้ต่าง ๆ

ค. ปริมาณงานและทรัพยากร

อัตรากำลัง

ตำแหน่ง หน้าที่	จำนวน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (หัวหน้างานจ่ายกลาง)	๑
ผู้ช่วยพยาบาล	๑
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	๑๙

ง. ผลการดำเนินงาน

สถิติการให้บริการของงานจ่ายกลาง

กิจกรรม	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๑. การนึ่งไอน้ำ (ขึ้น)	๕๔๒,๕๑๔	๕๕๑,๔๑๙	๔๙๗,๑๖๓
๒. การอบแก๊ส (ขึ้น)	๒๘๙,๘๗๙	๒๖๗,๐๓๙	๒๘๙,๖๔๕
๓. อบความร้อนแบบแห้ง(ขึ้น)	๓๓,๙๙๔	๕๖,๑๗๘	๖๐,๒๕๐
๔. ชุดทำหัตถการต่าง ๆ (ขึ้น)	๓๗๕,๕๑๗	๒๗๖,๑๘๗	๔๖๘,๖๗๗
๕. ถังมือ reused	๘๓,๗๒๔	๖๕,๙๕๔	๔๙,๖๔๕
๖. ถังมือข้างเดียว	๑๒๑,๒๓๑	๑๐๘,๙๐๗	๑๒๐,๐๗๘
๗. เครื่องมือห้องผ่าตัด(ขึ้น)	๐	๐	๗๑,๒๖๑

จ. ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบ ๒๕๖๖	ปีงบ ๒๕๖๗	ปีงบ ๒๕๖๘
๑. การทำปราศจากเชื้อ				
๑.๑ ร้อยละของการตรวจสอบ spore test เครื่องนึ่งด้วยไอน้ำเป็นลบ	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%
๑.๒ ร้อยละของการตรวจสอบ spore test เครื่องอบแก๊สเป็นลบ	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%
๑.๓ Bowic- dick test	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%
๑.๔ จำนวนครั้งของ indicator ภายนอกไม่ผ่าน	๐	๐	๐	๐
๑.๕ ร้อยละของการตรวจสอบประสิทธิภาพเชิงกลของการทำงานของเครื่อง	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%
๑.๖ จำนวนครั้งของการรับแจ้ง ชุดเครื่องมือเปื่อยขึ้น/ไม่สมบูรณ์	๐	๐	๑	๑

ที่มา : งานจ่ายกลาง กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

◇ งานไตเทียม กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

๑. บริบท (Context)

ก. ความมุ่งหมาย (Purpose)

หน่วยไตเทียมให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of service)

๑. ให้บริการเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ในคลินิกโรคไตเรื้อรังทุกวันพุธ เวลา ๐๘.๐๐-๑๒.๐๐ น.

๒. ให้การบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ ๕ และผู้ป่วยโรคอื่นๆซึ่งจะได้ประโยชน์จากการรักษา ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีอายุตั้งแต่ ๑๔ ปีขึ้นไป

๓. การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD,APD) ในโครงการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้ป่วยกรมบัญชีกลาง

ค.ความต้องการของผู้รับ ผลงานสำคัญ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วยและญาติ	- ได้รับการตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความปลอดภัย - ได้รับการดูแลด้วยมาตรฐาน - ได้รับความสะดวกสบาย - เครื่องมือและบุคลากรดี มีประสิทธิภาพ
สหสาขาวิชาชีพ/พยาบาล/หน่วยงานอื่นๆ	- ได้รับการสื่อสารประสานงานที่ดี - ได้รับข้อมูลและบริหารจัดการส่วนที่เกี่ยวข้องได้ถูกต้อง

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

๑. ผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้นได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

๒. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้องที่มีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เข้าถึงบริการตามสิทธิของการรักษาการบำบัดทดแทนไต

๓. ตัวชี้วัดผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น peritonitis, exit site infection, catheter malfunction เป็นต้น อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ไม่มีแพทย์และพยาบาลเฉพาะทาง เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้การเข้าถึงบริการล่าช้า

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

๑.ด้านบุคลากร (อัตรากำลัง)

รายการ	ความต้องการขั้นต่ำ	จำนวนเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน(คน)		
		ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
-ระบุวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ของ หน่วยงานตนเอง	-ระบุรอบความต้องการขั้นต่ำของวิชาชีพนั้นๆ			
	พยาบาลวิชาชีพ	๘	๗	๙
	ผู้ช่วยพยาบาล	-	๑	๑
	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	๓	๓	๓

๒. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	ความต้องการขั้นต่ำ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์		
		ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
เครื่องไตเทียม		๑๒	๑๒	๑๖
เครื่อง Portable RO		๑	๑	๒
Defibrillation		๑	๑	๑
Monitor BP,EKG		๔	๔	๔
Infusion Pump		๒	๒	๒
หัว O _๒ Pipe line สำหรับต่อ Ventilator		๒	๒	๔

๓. ลักษณะสำคัญของงานและปริมาณงาน

สถิติ

ประเภทงานบริการ	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
ARF – HD (ครั้ง)	๒๓๐	๒๖๔	๒๓๔	๒๖๘	๒๔๔
ERSD – HD (ครั้ง)	๗๗๙๘	๗๘๒๑	๗๘๒๑	๗๘๖๗	๘๔๑๓
CAPD (ราย)	๑๙๖	๑๑๕	๑๓๒	๑๑๓	๑๒๖
Insertion Catheter (ราย) (DLC , Tunnel cuff)	๓๗๓	๓๓๕	๓๔๓	๓๔๕	๒๖๘
การให้คำปรึกษา CKD (ราย)	๗๘๑	๙๗๓	๘๐๐	๕๕๖	๗๒๗

๗. ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

๑. อัตราการล้มเหลวของ Hemodialysis ใช้ร่วมกับ พยาบาลล้างไตทางช่องท้อง และ CKD clinic

๒. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๑. การเตรียมความพร้อม - ผู้ป่วยและญาติ	-ไตเรื้อรังระยะที่๑-๔ได้รับการให้ คำปรึกษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต -เมื่อเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะที่๔-๕ผู้ป่วยและ ญาติเข้าใจวิธีการรักษา มีความรู้พยาธิ สภาพของโรค , อัตราความสำเร็จของ การรักษา , ความเสี่ยงจากการรักษา , สิทธิการรักษา ,และร่วมตัดสินใจในการ เลือกวิธีการรักษาบำบัดทดแทนไต	- ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไตเรื้อรังได้รับความรู้และ การดูแลที่เหมาะสมจากสถานพยาบาล ใกล้บ้าน และโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ที่มีการเสื่อมของไตมากกว่าหรือเท่ากับ ๕ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. ต่อปี ระยะที่ ๔-๕ได้รับการเตรียมเพื่อการรักษาบำบัด ทดแทนไต มากกว่า ๘๐ %
๒. การประเมิน - ผู้ป่วย - ครอบครัว	- ผู้ป่วย และญาติ ได้รับการประเมิน ปัญหาอย่างครอบคลุม เพื่อกำหนด แผนการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง	- ผู้ป่วยและญาติได้รับการประเมิน ปัญหาก่อนการบำบัดทดแทนไตครบ ๑๐๐ %

กระบวนการสำคัญ (Key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๓. การวางแผนดูแล ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม และ ล้างไตทาง ช่องท้อง) - ขณะอยู่โรงพยาบาล - ขณะอยู่บ้าน	- ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและแก้ไข ปัญหาถูกต้องปลอดภัยจากภาวะวิกฤต - ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ปลอดภัยตาม CPG และ WI ที่วางไว้ - ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม จากทีมสหวิชาชีพ - ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน การรักษา และการดูแลต่อเนื่องจาก HHC โดยเฉพาะผู้ป่วย CAPD - ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้รับการฟอกเลือดที่เพียงพอและมี ประสิทธิภาพ	- อัตราการเกิดอุบัติเหตุที่ เกิดจากการ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางของการดูแล ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับ ๐ - อัตราการเกิดอุบัติเหตุที่ เกิดจากการ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางของการดูแล ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องน้อยกว่า ๒๐ - อัตราความเพียงพอของการฟอก เลือดด้วยเครื่องไตเทียมผ่านมาตรฐาน มากกว่า ๘๐
๔. การดูแลทั่วไป ๕. การดูแลต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ ล้างไตทางช่องท้องมีคุณภาพชีวิตที่ ดี - ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ ล้างไตทางช่องท้อง ปลอดภัยจาก ภาวะแทรกซ้อนที่ ป้องกันได้ - ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจใน บริการ - ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ และสามารถดูแลตนเองได้อย่าง เหมาะสม	- อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมินคุณภาพ ชีวิตเท่ากับ ๑๐๐ - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จากการรักษาฟอกเลือดด้วยเครื่องไต เทียมเท่ากับ ๐ - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ รักษาล้างไตทางช่องท้องน้อยกว่า ๒๐ - อัตราผู้ป่วยและญาติได้รับการให้ คำปรึกษาการบำบัดทดแทนไต (RRT) เท่ากับ ๑๐๐

๔. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance indicator)

ตัวชี้วัดที่สำคัญ	เป้าหมาย ร้อยละ	ปี ๖๔	ปี ๖๕	ปี ๖๖	ปี ๖๗	ปี ๖๘
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของ KT/V น้อยกว่า ๑.๒ ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือด ๓ ครั้ง/สัปดาห์	<๒๐	๐	๐	๐	๑.๒๗	๕.๗๑
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของ KT/V น้อยกว่า ๑.๘ ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือด ๒ ครั้ง/สัปดาห์	<๒๐	๓๓.๓๔	๕๕.๐๐	๒๘.๕๗	๖๙.๙๗	๓๖.๓๖
อัตราการติดเชื้อ Vascular access	๐	๐	๐	๐	๐	๐

ตัวชี้วัดที่สำคัญ	เป้าหมาย ร้อยละ	ปี ๖๔	ปี ๖๕	ปี ๖๖	ปี ๖๗	ปี ๖๘
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ผ่านทาง AVF หรือ AVG	>๗๐	๘๔.๓๕	๙๐.๗๐	๙๐.๑๐	๘๕.๒๐	๗๔.๔๒
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด เป็นประจำผ่านทาง DLC เกิน ๙๐ วัน	<๒๐	๐	๐	๐	๐	๐
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของ ระดับฮีโมโกลบินมากกว่า ๑๑.๕ mg/dl	<๒๐	๖.๒๕	๓.๕๖	๕.	๑๒.๙๖	๑๒.๗๗
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า serum ferritin น้อยกว่า ๑๐๐ นาโนกรัม/ มิลลิลิตร	<๒๐	๓.๓๖	๒.๙๗	๓.๑	๑๘.๐๑	๑๙.๑๕
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum calcium มากกว่า ๑๐.๒ mg/dl	<๒๐	๒.๙๘	๑.๗๘	๒.๓๙	๗.๔๐	๘.๕๑
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum Phosphate มากกว่า ๕.๐ mg/dl	<๒๐	๑๑.๒๕	๑๕.๒๓	๑๑.๕๙	๒๑.๗๓	๒๐.๕๘
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ iPTH มากกว่า ๙ เท่าของค่าปกติ	<๒๐	๘.๓๒	๕.๙๕	๕.๙	๑๐.๒๗	๑๐.๖๓
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum albumin น้อยกว่า ๓.๕ g/dl	<๒๐	๓.๖๕	๒.๓๘	๒.๔	๖.๘๕	๑๐.๖๓
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน peritonitis	<๐.๕	๐.๓๔	๐.๒๑	๐.๑๗	๐.๒๙	๐.๒๔
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการ ลดลงของ eGFR $\leq$ ๕ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	$\geq$ ๖๖	๖๒.๖๗	๖๘.๔๙	๖๒.๖๗	๖๒.๒๙	๖๘.๕๕

ที่มา : งานไตเทียม กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

◆ ศูนย์โรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

๑. ชื่อหน่วยงาน

ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลลำพูน ตั้งอยู่อาคาร ๔๐ ปี ชั้น ๑

๒. วิสัยทัศน์

มุ่งมั่นให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมาตรฐานวิชาชีพด้วยบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในโรคหัวใจและหลอดเลือด สู่การเป็นศูนย์โรคหัวใจที่เป็นเลิศ

๓. พันธกิจและค่านิยมร่วม พันธกิจของศูนย์โรคหัวใจ

๑. ให้บริการการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยเครื่องมือและวิธีพิเศษอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน
๒. พัฒนาบุคลากรให้มีความใส่ใจ เอื้ออาทรและคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
๓. พัฒนาศักยภาพในการเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดแก่ภาคีเครือข่ายในจังหวัดลำพูน
๔. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดภายในจังหวัดลำพูนและโรงพยาบาลภายในเครือข่ายภาคเหนือ
๕. บริการให้คำปรึกษาและเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลลำพูนและโรงพยาบาลในเครือข่าย

ค่านิยมร่วมของศูนย์โรคหัวใจ

เป็นนายตน เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม

๔. ขอบเขตการให้บริการ

๑. การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (Transthoracic echocardiography; TTE)
 ๒. การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดอาหาร (Transesophageal echocardiography; TEE)
 ๓. การตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย วิ่ง สายพาน (Exercise stress test; EST)
 ๔. การตรวจและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดพกพาติดตัวตลอด ๒๔ และ ๔๘ ชั่วโมง (Holter monitor EKG)
 ๕. การให้บริการคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure clinic)
 ๖. การให้บริการรับคำปรึกษา ติดต่อประสานงานผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลลำพูนและโรงพยาบาลในเครือข่าย
 ๗. ผู้จัดการรายกรณีโรคหัวใจและหลอดเลือด สอนสุขศึกษา ให้คำปรึกษา ส่งเรื่องปรึกษาและเตรียมผู้ป่วยตรวจพิเศษทางหัวใจ ในการตรวจฉีดสีดูหลอดเลือดหัวใจ(Coronary Artery Angiography; CAG), Echocardiography , Coronary artery bypass graft; CABG, Exercise stress test; EST, Radiofrequency ablation; RFA, Device, เตรียมผ่าตัดหัวใจไปยังโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงกว่า
 ๘. แหล่งรวบรวมข้อมูล สถิติ ตัวชี้วัด ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลในจังหวัดลำพูนทั้งหมด และในเขตบริการสุขภาพที่ ๑ (Service plan สาขาหัวใจ)
- เวลาทำการ** เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ ในเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา ๘.๓๐ -๑๖.๓๐ น.หยุดทุกวันอาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ และมีการเปิดให้บริการนอกเวลาราชการทุกวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี เวลา ๑๖.๓๐ – ๒๐.๓๐ น. และทุกวันเสาร์ เวลา ๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. โดยให้บริการตรวจเฉพาะการตรวจหัวใจด้วยคลื่น

เสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (Transthoracic echocardiography; TTE) เท่านั้น (หมายเหตุ การเปิดบริการนอกเวลาราชการจะพิจารณาตามความเหมาะสมของจำนวนผู้ป่วยที่รอรับบริการในช่วงเวลานั้นๆ) ส่วนการให้บริการคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure clinic) เปิดให้บริการเฉพาะวันอังคาร เวลา ๘.๓๐ -๑๒.๓๐ น. เท่านั้น

คุณลักษณะของผู้มารับบริการในศูนย์ตรวจหัวใจ โรงพยาบาลลำพูน คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

๕. สถิติจำนวนผู้รับบริการ

ตารางแสดงจำนวนผู้รับบริการทั้งหมดย้อนหลัง ๕ ปี

ประเภทงานบริการหรือผลการ/จำนวนผู้รับบริการ	ปี ๒๕๖๔ (ราย)	ปี ๒๕๖๕ (ราย)	ปี ๒๕๖๖ (ราย)	ปี ๒๕๖๗ (ราย)	ปี ๒๕๖๘ (ราย)
๑. การตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (Transthoracic echocardiography)	๒,๐๖๖	๒,๕๑๕	๔,๑๐๓	๓,๘๗๘	๓,๗๙๗
๒. การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดอาหาร (Transesophageal echocardiography) เริ่มให้บริการ ก.ค. ๒๕๖๕	NA	๔	๑	๔	๕
๓. การตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการวิ่งบนสายพาน (Exercise Stress Test)	๕๗	๕๘	๑๘	๓	๔
๔. การติดเครื่องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดพกติดตามตัว (Holter Monitoring EKG) เริ่มให้บริการ มิ.ย. ๒๕๖๐	๑๐๒	๒๗๑	๒๖๑	๒๗๑	๒๓๘
๕. การให้บริการคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure clinic) เริ่มเปิดให้บริการ พ.ค. ๒๕๖๑	๗๘๒ (Visit)	๖๘๑ (Visit)	๘๗๔ (Visit)	๘๑๙ (Visit)	๗๐๗ (Visit)
๖. การให้คำปรึกษา สุขศึกษา ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และการตรวจพิเศษทางหัวใจอื่นๆ	๑,๕๑๘	๑,๒๙๔	๑,๔๕๐	๑,๕๑๔	๑,๑๓๑
๗. การส่งเรื่องปรึกษาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า	๑๗๕	๒๔๙	๒๒๗	๒๑๘	๑๙๓
๘. การเตรียมผู้ป่วยส่งตรวจและทำหัตถการพิเศษทางหัวใจไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า	๑๖๓	๒๒๙	๒๒๗	๒๑๒	๑๘๗
๙. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ(EKG) เฉพาะเตรียมก่อนตรวจEchocardiogram OPD Case เท่านั้น	๑,๔๑๑	๑,๗๔๐	๓,๐๓๐	๒,๘๓๕	๒,๖๒๐

๕ อันดับแรกของโรคที่เข้ามารับบริการที่ศูนย์ตรวจหัวใจ โรงพยาบาลลำพูน คือ

๑. Heart Failure
๒. Coronary Artery Disease
๓. Valvular Heart Disease
๔. Atrial Fibrillation
๕. Cardiac arrhythmia

๖. สถิติจำนวนผู้ให้บริการในศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลลำพูน

ตารางแสดงจำนวนแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมดย้อนหลัง ๕ ปี ของศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลลำพูน

บุคลากร/จำนวน	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑.แพทย์อายุรกรรม	๑	๒	๐	๐	๐
๒.อายุรแพทย์โรคหัวใจ	๐	๑ (ก.ค.๖๕)	๑	๑	๒ (ก.ค.๖๘)
๓.พยาบาลวิชาชีพ	๓	๓	๓	๓	๓
๔.นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก	๑	๑	๑	๑	๑

๗. ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานของหอผู้ป่วย

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

สถิติตัวชี้วัดผู้ป่วย ACS:STEMI/NSTEMI/Unstable Angina ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๘

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและหรือ PPCI (Reperfusion rate)	≥ ๘๐ %	๙๕.๗๔	๙๖.๑๕	๙๔.๑๒	๙๖.๔๙	๙๖.๐๐
๒.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล หลังได้รับการรักษา	≤ ๙ %	๒.๑๒	๖.๒๕	๓.๙๒	๑.๗๕	๐.๐๐
๓.อัตราการทำหัตถ์ Echocardiogram ในผู้ป่วย ACS	≥ ๘๐ %	๘๑.๑๘	๙๓.๔๗	๙๕.๔๓	๙๗.๑๘	๙๔.๐๐
๔.ร้อยละของผู้ป่วย NSTEMI ที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล หลังได้รับการรักษา	≤ ๕ %	๔	๒.๕๔	๓.๔๒	๓.๒๔	๔.๕๗
๕.ร้อยละของผู้ป่วย Unstable Angina ที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล หลังได้รับการรักษา	≤ ๑ %	๐	๐	๐	๐	๐
๖.อัตรา NSTEMI/UA high risk ที่ได้รับการทำ CAG รวมถึงผู้ป่วยที่ได้ฉีดทำ	≥ ๔๐ %	๓๘	๓๘	๕๖.๓๘	๔๗.๔๗	๔๒.๖๐

ตัวชี้วัดด้านคุณภาพการให้บริการ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑.อัตราความพึงพอใจในการรับบริการ	≥ ๙๐ %	๙๖	๙๖	๙๖	๙๕	๙๖
๒.อัตราการสอนสุขศึกษาของผู้ที่เข้ามาใช้บริการ	≥ ๙๐ %	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๓.อัตราของข้อร้องเรียน	๐ %	๐	๐	๐	๐	๐
๔.อัตราการเกิดอุบัติเหตุการฉีดยา	๐ %	๐	๐	๐	๐	๐

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๕.ร้อยละของผู้ป่วยที่นัดตรวจ Echocardiogram ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจ	๑๐๐ %	๗๖	๘๒	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๖.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจ Echocardiogram ได้รับการเฝ้าระวัง ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะการตรวจ	๑๐๐ %	๘๙	๙๒	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

ที่มา : ศูนย์โรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

◆ ศูนย์ส่องกล้อง กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

วิสัยทัศน์

“ศูนย์ส่องกล้อง คุณภาพ คู่คุณธรรม เชี่ยวชาญชั้นนำ ผู้รับบริการพึงพอใจ ”

เข็มมุ่ง/จุดเน้น

๑. พัฒนาระบบการรักษาและส่งต่อโรกระบบทางเดินอาหารและทางเดินปัสสาวะที่ซับซ้อนฉุกเฉิน เรื้อรัง อย่างมีประสิทธิภาพ (Elective case จากโรงพยาบาลชุมชนและ จาก consult ต่างแผนก)
๒. สนับสนุนการสร้างระบบบริการสุขภาพชุมชน ให้มีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพตนเอง
๓. การบริหารจัดการทรัพยากรเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
๔. บุคลากรมีสมรรถนะสูง มีคุณธรรม และมีความสุขภาคภูมิใจในการทำงาน

พันธกิจและคุณค่าร่วมของศูนย์ส่องกล้อง

๑. บริหารจัดการการพยาบาลการตรวจวินิจฉัย และรักษาด้วยเครื่องมือและวิธีพิเศษอย่างมีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน
๒. ให้การดูแลผู้ป่วยจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวม
๓. บริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
๔. ส่งเสริมและสนับสนุนชุมชน/องค์กรภายนอกจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตัวเอง

๑. บริบท (Context)

ก. หน้าที่ และเป้าหมาย (Purpose)

ให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษา และตรวจติดตาม โรกระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินปัสสาวะ ด้วยวิธีเครื่องมือพิเศษ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน รวดเร็ว ปลอดภัย และพึงพอใจ โดยบุคลากรผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถและมีทักษะเฉพาะสาขาและมีการส่งเสริม การพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรในทีมงานที่สอดคล้องกับภาระหน้าที่ของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

ข. ขอบเขตการให้บริการและศักยภาพข้อจำกัด

ให้การพยาบาลด้านการตรวจพิเศษโรกระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจและโรกระบบทางเดินปัสสาวะ ให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเฉพาะในเวลาราชการ ๘.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น ดังนี้

๑. ส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (EGD) ได้แก่ การตัดชิ้นเนื้อบริเวณรอยโรค การห้ามเลือดด้วยการฉีดยา การจี้ด้วยความร้อนและการใช้คลิปหนีบเส้นเลือด การรัดหลอดเลือดดำในหลอดอาหาร
๒. ส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคของทวารหนักและลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ได้แก่ การตัดชิ้นเนื้อบริเวณรอยโรค การตัดก้อนเนื้องอก การจี้ด้วยความร้อนและการใช้คลิปหนีบเส้นเลือด
๓. ส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรกระบบทางเดินปัสสาวะ (Cystoscopy,Litholapaxy)
๔. ส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรกระบบทางเดินหายใจ (Bronchoscopy)
๕. ส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรกระบบทางเดินน้ำดี และตับอ่อน (ERCP)

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (แยกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตอำเภอเมืองลำพูนและใกล้เคียง ที่มีปัญหาด้านระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มหลักประกันสุขภาพ รองลงมาประกันสังคมโรงพยาบาล

ลำพูน เบิกได้โดยตรง ส่วนน้อยเป็นการชำระเงินเอง/ประกันชีวิต ในความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ห้างส่งกล้องให้มีความสำคัญกับความต้องการของผู้รับผลงานลูกค้าภายนอกและภายใน

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

ผู้รับบริการได้รับการตรวจตามเกณฑ์หรือตามความเร่งด่วน ได้รับการดูแลแบบองค์รวมถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล ผู้รับบริการปลอดภัย และพึงพอใจในการให้บริการ

จ. ความท้าทาย และความเสี่ยงสำคัญ (สอดคล้องกับแผนความเสี่ยงและ Risk profile)

ประเด็นความท้าทาย

ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรทุกระดับในหึ่งส่งกล้องเพิ่มขึ้นทุกปีนั้น ในส่วนของแพทย์นั้นเป็นกรอบอัตรากำลังที่ได้รับจากการจัดสรรของส่วนกลาง เนื่องจากโครงสร้างขององค์การมีการพัฒนาเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในระดับทุติยภูมิจึงทำให้จำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้น เพราะเมื่อโรงพยาบาลมีศักยภาพทางด้านการแพทย์ โดยมีแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นจึงไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่อื่นได้ ด้วยเหตุผลนี้เองเมื่อมีการให้บริการตรวจรักษาพยาบาลทางหึ่งส่งกล้องตรวจเพิ่มขึ้นจึงมีการจัดอัตรากำลังผู้ให้บริการในทุกระดับเพิ่มขึ้นเพื่อให้การบริการรักษาพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ประเด็นความเสี่ยง

เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นภายในหน่วยงานจะมีการรายงานความเสี่ยง และวิธีการแก้ไขเบื้องต้น เกิดการจัดทำกระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยงร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ของหน่วยงาน ป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้ในหน่วยงานไม่มีความเสี่ยงที่ร้ายแรง ตัวอย่างของความเสี่ยง เช่น การส่งผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการส่งกล้องตรวจที่ศูนย์ส่งกล้อง ความรวดเร็วในการให้บริการ เป็นต้น

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน ย้อนหลัง ๓ ปี

ประเภทงานบริการ	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘
๑. ส่งกล้องตรวจและรักษาทางเดินอาหารส่วนต้น (EGD)	๑,๓๐๘	๑,๔๒๘	๑,๗๔๖
๒. การส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)	๑,๘๑๘	๑,๗๑๔	๑,๔๓๑
๓. การส่งกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรกระบบทางเดินปัสสาวะ (Cystoscopy under LA)	๔๑๐	๓๕๓	๔๔๕
๔. ให้การส่งกล้องขบนิ่ว (Litholapaxy under LA)	๑๘	๗	๓
๕. การส่งกล้องหลอดลม (Bronchoscopy)	๓๔๖	๒๓๕	๒๕๕
๖. การส่งกล้องทางเดินน้ำดี (ERCP)	๕๔	๑๒๒	๑๓๑
๗. ให้คำปรึกษาและเตรียมผู้ป่วยทำหัตถการตรวจพิเศษและส่งกล้อง	๔,๐๒๖	๓,๘๖๗	๕,๒๖๙

๕ อันดับแรกของโรคในงานบริการของห้องส่องกล้อง

๕ อันดับแรกของโรค	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘
๑. เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (UGIH)	๓๙๘	๔๕๔	๕๖๒
๒. Dyspepsia	๔๙๔	๓๔๔	๕๑๑
๓. Gastritis	๒๗๒	๒๘๐	๒๖๗
๔. เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนปลาย (LGIH)	๔๕๖	๔๑๒	๑๑๑
๕. FIT Positive	๘๒๗	๗๖๙	๕๔๖
๖. CA Colon	๖๒	๑๑๕	๙๙

จำนวนแพทย์ที่มาให้บริการห้องส่องกล้อง

แพทย์ที่ให้บริการ	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘
ศัลยแพทย์	๖	๙	๙
อายุรแพทย์เฉพาะทางเดินอาหารและตับ	๒	๒	๒
ศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ	๓	๒	๒
อายุรแพทย์เฉพาะทางโรคระบบการหายใจ	๑	๒	๒

จำนวนบุคลากรที่มีจำแนกรายปี

ประเภท	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘
พยาบาลวิชาชีพ	๔	๖	๖
ผู้ช่วยพยาบาล	๒	๒	๒
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	๑	๑	๑
พนักงานบริการ	๑	๑	๑

จำนวนพยาบาลจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับ	สาขา	จำนวนรวม(คน)
การพยาบาลเฉพาะทาง	การพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร	๔
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	การบริหารทางการพยาบาล	๑

ตัวชี้วัดห้องส่องกล้อง

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลลัพธ์การดำเนินงาน		
		ปี ๖๖	ปี ๖๗	ปี ๖๘
มิติที่ ๑ ด้านประสิทธิผลตามพันธกิจ				
๑. ร้อยละของตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์	๘๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๒. ร้อยละของแผนงาน / โครงการที่บรรลุตามเป้าหมาย	๘๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
มิติที่ ๒ ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล				
ความปลอดภัยของผู้รับบริการ				
๑. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา	๐	๐	๐	๐
๒. อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการแพ้ยาซ้ำ	๐	๐	๐	๐
๓. อุบัติการณ์การระบุตัวผิด	๐	๐	๐	๐
๔. อุบัติการณ์ส่งตรวจชิ้นเนื้อผิด	๐	๐	๐	๐
๕. อุบัติการณ์การส่งมอบผลการตรวจผิด	๐	๐	๐	๐
๖. อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม	๐	๐	๑	๐
๗. อุบัติการณ์ความผิดพลาดด้านการใช้เครื่องมือเนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาดทักษะ	๐	๐	๐	๐
๘. อุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดออกซ้ำหลังส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับการรักษา	๐	๐	๐	๐
๙. อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนลำไส้ทะลุในหัตถการส่องกล้องลำไส้ใหญ่	๐	๐	๑	๑
ความปลอดภัยของผู้ให้บริการ				
๑. อุบัติการณ์การเกิดเข็มทิ่มตำ (ครั้ง)	๐	๐	๐	๐
๒. ร้อยละของการเกิดโรคของผู้ปฏิบัติงานจากการสัมผัสหรือสูดดมสารเคมี	๐	๐	๐	๐
๓. อุบัติการณ์ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อจากการปฏิบัติงาน	๐	๐	๐	๐
๔. จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ	๐	๐	๐	๐
มิติที่ ๓ ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล				
๑. ร้อยละของผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่สำคัญและลงนาม	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๒. ร้อยละของผู้รับบริการได้รับการเตรียมความพร้อมตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยแต่ละหัตถการ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๓. ร้อยละของผู้รับบริการได้รับการค้นหา คัดกรองปัจจัยเสี่ยงก่อนได้รับการตรวจ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๔. ร้อยละของความพร้อมใช้ของเครื่องมือและอุปกรณ์สำคัญในหน่วยหัตถการ	๑๐๐	๙๙	๙๙	๙๙
๕. อุบัติการณ์การลงโรคผิด คิดค่ารักษาผิดพลาด	๐	๐	๐	๐
๖. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามอาการหลังทำหัตถการส่องกล้องทุกประเภท	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

ที่มา : ศูนย์ส่องกล้อง กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

◇ งานเคมีบำบัด กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

๑. บริบท (Context)

ก. หน้าที่ และเป้าหมาย (Purpose)

ให้บริการผู้ป่วยมะเร็ง ที่แพทย์วางแผนให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำแบบผู้ป่วยนอก ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ป่วยเป็นมะเร็งชนิดเป็นก้อน (solid tumor) ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ และมะเร็งปอดบางชนิด ซึ่งผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะวิกฤติโดยให้ยาเคมีบำบัดขนาดปกติและให้การดูแลต่อเนื่องเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด ภายใต้มาตรฐานการดูแลเฉพาะโรค โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service) กลุ่มเป้าหมายคือ? ออกแบบระบบการทำงาน

ขอบเขตการให้บริการ

๑. ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์รักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร ๑st-๓rd line รวมถึงยาพุ่งเป้า บริหารยาแบบไป-กลับ (oneday chemotherapy) จำนวน ๘ เตียง
๒. รับส่งต่อให้บริการดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดจากโรงพยาบาลอื่นรวมถึง การติดตามอาการ
๓. ให้บริการประสานควิรงส์รักษาประสานรังสีรักษา ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
๔. ประสานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง เครื่องช่วยบริการภายในจังหวัดและนอกจังหวัด

ศักยภาพด้านบุคลากร และอุปกรณ์เครื่องมือ

๑. ศัลยแพทย์ จำนวน ๙ คน ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้ยาเคมีบำบัด หมุนเวียนกันในการออกตรวจ
๒. พยาบาลหน่วยเคมีบำบัด จำนวน ๓ คน และ ผู้ช่วยเหลือพยาบาลจำนวน ๑ คน
 - ๒.๑. พยาบาลผ่านอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลด้านโรคมะเร็ง ๔ เดือน ๒ คน หลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัด จำนวน ๑ คน(กำลังส่งอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลด้านโรคมะเร็ง ๔ เดือน)
 - ๒.๒. พยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ประสานงานโรคมะเร็ง จำนวน ๒ คน
๓. เกสซ์กรบริหารสาขาโรคมะเร็ง จำนวน ๒ คน เกสซ์กรด้านการผสมยาเคมีบำบัด ๑ คน
๔. เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำในการบริหารยาเคมีบำบัด จำนวน ๑๒ เครื่อง

ข้อจำกัด

๑. ระหว่างการบริหารยาของพยาบาลจะไม่มีแพทย์ประจำหน่วยงาน
๒. ด้านการลงข้อมูลทะเบียนมะเร็ง และการจัดการข้อมูลมะเร็งที่ยังไม่ครอบคลุม

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (แยกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

กลุ่มผู้รับผลงาน (ลูกค้ายาภายนอก)

กลุ่มผู้รับผลงาน (ลูกค้ายาภายนอก)	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วย	หายจากโรค ปลอดภัยจากการเข้ารับการรักษา
ครอบครัว/ญาติ	การมีส่วนร่วมตัดสินใจและรับรู้การรักษาของทีมดูแลผู้ป่วย
ชุมชน	การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ
เครือข่าย	การประสานงานสะดวก รวดเร็ว
กระทรวง	นโยบายสามารถขับเคลื่อนได้

กลุ่มผู้รับผลงาน (ลูกค้าภายใน)

กลุ่มผู้รับผลงาน (ลูกค้าภายใน)	
ผู้บริหาร	ทำหน้าที่ได้ตามพันธกิจ บรรลุเป้าหมายองค์กรด้านการบริการ
แพทย์	ความถูกต้อง สมบูรณ์การประเมินอาการผู้ป่วยและการรายงานที่มีประสิทธิภาพ
เภสัชกร	
ห้องปฏิบัติการ	ความถูกต้องในการระบุตัวผู้ป่วย กับสิ่งส่งตรวจ และระยะเวลาการส่งเหมาะสม
แผนกรังสี	ความถูกต้องในการระบุตัวผู้ป่วยและระยะเวลาการส่งขอคิวเหมาะสม
หอผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยกับจำนวนเตียงผู้ป่วยใน ที่เหมาะสม
การเงิน	การบันทึกรายการค่าใช้จ่ายครบถ้วน
หน่วยเรียกเก็บ	การลงรหัสหัตถการ รหัสโรคที่ถูกต้อง
ศูนย์หัวใจ	การประสาน ขอคิวตรวจการทำงานหัวใจล่วงหน้า

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลลำพูน ดำเนินงานด้านการเข้าถึงบริการการรักษาตามระยะเวลาการรักษา ดำเนินการ โดย ๑) การเข้าถึงการรักษาด้านการผ่าตัด ศัลยแพทย์ จำนวน ๙ ท่าน วางแผนผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็ง ให้เหมาะสมกับระยะเวลารอคอยการรักษาที่กำหนด กำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยมะเร็งต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์นับจากวันวินิจฉัยโรค โดยมีการมอบนโยบายจากผู้บริหาร ในการบริหารคิวการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งโดยถือเป็นลำดับแรกในการจัดลำดับความสำคัญ ในการให้คิวห้องผ่าตัด ๒) การเข้าถึงการรักษาด้านการเคมีบำบัดและการฉายรังสี พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานเคมีบำบัด จำนวน ๓ ท่าน จะบันทึกรวบรวมผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อหรือได้รับการวินิจฉัยมะเร็ง เข้าสู่ระบบการดูแลรายกรณี เริ่มจากทำแฟ้มประวัติ รวบรวมข้อมูลการรักษา ติดตามระยะเวลารอคอยการรักษา เหตุผล ที่ไม่สามารถรักษาได้ตามแผนการรักษา นำเสนอข้อมูลเข้าประชุม conferenceจากทีมสหสาขาวิชาชีพ วางแผนการรักษาด้วยระบบ second opinion ติดตาม กำกับ ระยะเวลารอคอยผ่าตัด ระยะเวลารอคอยเคมีบำบัดและระยะเวลารอคอยรังสีรักษา ร่วมกับแพทย์ ทีมงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี การภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ตามเกณฑ์ที่กำหนดตัวชี้วัด๓.) กระบวนการดูแลเพื่อให้ระยะเวลารอคอยการรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากกระหว่างการรักษาด้วยวิธีต่างๆ มีปัจจัยหลายอย่างส่งผลต่อการเข้าถึงระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับวิธีการรักษาแต่ละด้าน จึงต้องอาศัยความร่วมมือสหสาขาวิชาชีพช่วยในกระบวนการดูแลด้านต่างๆ ดังนี้พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานเคมีบำบัด จำนวน ๓ คน บริหารยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ การบริหารให้ยาพุ่งเป้าตามแผนการรักษาของแพทย์แบบไป-กลับ (one day chemotherapy) ด้วยหลัก ๒P Safety และปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำของหน่วยงาน นอกจากนี้ทำหน้าที่ประสานกระบวนการด้านการส่งต่อบริการในคิวการรักษา หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ(กรณีส่งต่อหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า) พยาบาล ผู้ประสานงานโรคมะเร็ง จะประสานการส่งต่อ และการบันทึกโปรแกรมTCB Plus เพื่อเข้าถึง โครงการ มะเร็งรักษาทุกที่ (Cancer Anywhere) และโครงการรักษาโรคมะเร็งสิทธิประกันสังคม (SSO Cancer Care) รวมถึงส่งกลับหน่วยบริการพื้นที่เพื่อดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการดำเนินงานสหวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ เภสัชกรด้านผสมยาเคมีบำบัด ควบคุมดูแลการผสมยาให้ได้ตามระยะเวลาการมารับบริการของผู้ป่วย แบบไป-กลับ (one day chemotherapy) และเภสัชกรบริบาล ผู้ป่วยโรคมะเร็งเฝ้าระวัง และติดตามอาการให้ความรู้คำแนะนำด้านยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยและญาติ กลุ่มงานจิตเวช ช่วยประเมินจัดการปัญหาทางจิตใจ ด้วยการ

ประสานจากพยาบาลหลังประเมนเบื้องต้นพบภาวะซึมเศร้า นักโภชนาการช่วยประเมนและจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ด้วยระบบการส่งต่อรายกรณี ทั้งนี้เพื่อรักษา ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีระหว่างรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องตามนัด นอกจากนี้กระบวนการด้านการส่งต่อบริการในคิวการรักษา หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ(กรณีส่งต่อหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า) พยาบาล ผู้ประสานงานโรคมะเร็ง จะการประสานการส่งต่อ และการบันทึกโปรแกรมTCB Plus เพื่อเข้าถึง โครงการ มะเร็งรักษาทุกที่ (cancer anywhere) และโครงการรักษาโรคมะเร็งสิทธิประกันสังคม (SSO Cancer Care) รวมถึงส่งกลับหน่วยบริการพื้นที่เพื่อดูแลต่อเนื่อง

ด้านการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายบริการ ด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยรักษาและการดูแลต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาระบบบริการ ได้แก่ ๑) ภาคีเครือข่ายนอกระบบทางการแพทย์ ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ชมรมผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแห่งประเทศไทย (TBCC) ในการส่งมอบเต้านมเทียม หมวกคลุมผม และสอนการเย็บเต้านมเทียมสำหรับผู้ป่วย มูลนิธินางฟ้าถึงคุณวันใหม่ ส่งมอบวิกผมสำหรับผู้ป่วย บริษัท เครือสหพัฒน์จังหวัดลำพูน จัดโครงการอบรมการตรวจคัดกรองประชาชน โดยได้รับความร่วมมือวิทยากรจากหน่วยบริการ รพ.ลำพูน เทศบาล หน่วยงานท้องถิ่นที่ผู้ป่วยมีพื้นที่อาศัยให้การช่วยเหลือค่าครองชีพ การเดินทาง เป็นต้น ๒).ภาคีเครือข่ายการรักษาดูแลต่อเนื่องของเครือข่ายรพช. ด้วยการมีแนวปฏิบัติการรับดูแลต่อเนื่อง โดยมีแนวทางการรับกลับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)

วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการดูแลต่อเนื่องยังโรงพยาบาลใกล้บ้าน
- ๒) เพื่อเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน และ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาจนครบแล้ว (ผ่าตัด,เคมีบำบัด,ฉายแสง)

จ. ความท้าทาย และความสำคัญ (สอดคล้องกับแผนความเสี่ยงและ Risk profile) ระบุเป็นหัวข้อ
จุดเน้นในการพัฒนาคืออะไร?

ความท้าทาย

๑. การเกิดภาวะ Severe Hypersensitivity
๒. การเกิดภาวะ Extravasation

ความเสี่ยงสำคัญ

๑. การเกิดภาวะ Severe Hypersensitivity ขณะบริหารยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ
๒. การเกิดภาวะ Extravasation จากการบริหารยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ
๓. การตกเตียง

จุดเน้นในการพัฒนา : นำความเสี่ยงสำคัญมาพัฒนาวางระบบ/แนวทางให้ดีขึ้น/ผลลัพธ์

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์
๑	การเกิดภาวะ Severe Hypersensitivity	จัดโครงการอบรมให้ความรู้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ	ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิด Hypersensitivity สามารถจัดการแก้ไขอาการในผู้ป่วยได้ อุบัติการณ์การเสียชีวิตเป็นศูนย์
๒	การเกิดภาวะ Extravasation	จัดโครงการอบรมให้ความรู้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ	ผู้ป่วยปลอดภัยการเกิดภาวะ Extravasation อุบัติการณ์การเกิดเป็นศูนย์

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์
๓.	Patient Identification	ปฏิบัติตามแนวทาง Patient Identification	-จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดคนเป็นศูนย์ -จำนวนอุบัติการณ์การรักษาผิดคนเป็นศูนย์ -จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยาเป็นศูนย์
๔	การพลัดตกหกล้ม	แนวปฏิบัติการลุก นั่งเตียงบริการ	จำนวนอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มเป็นศูนย์

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ลำดับ	ข้อมูล/สถิติการให้บริการ	ข้อมูลย้อนหลัง ๕ ปี (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๘)				
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑	จำนวนเตียง	๘	๘	๘	๘	๘
๒	จำนวนผู้ป่วยมารับบริการเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (ราย)	๑๖๖	๑๔๕	๑๓๔	๑๕๖	๑๒๘
๓	จำนวนผู้ป่วยรับบริการ (visit)	๒๔๔๕	๒๘๙๙	๓๒๒๗	๓๓๖๕	๓๘๑๑
๔	จำนวนผู้ป่วยติดตามอาการ	๑๗๐๘	๑๖๙๖	๑๙๒๒	๑๙๘๖	๒๑๓๔

๒. ด้านบุคลากร (ลักษณะความรู้และทักษะจำเป็นเฉพาะ ระบุจำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปัจจุบัน การจัดอัตรากำลัง, productivity, การเสริมอัตรากำลัง)

บุคลากร	จำนวน	หลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง๔เดือน	หลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัด๑๐วัน (ผู้ป่วยใน)	หลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัด ๑ เดือน(ผู้ป่วยใน)
ศัลยแพทย์ผ่าตัดมะเร็ง	๙			
ศัลยแพทย์สั่งให้ยาเคมีบำบัด	๗			
แพทย์เฉพาะทางมะเร็งนรีเวช	๑			
พยาบาลวิชาชีพ	๓	๓	๑๔	๖
เภสัชกรผสมยาเคมีบำบัด	๒			
เภสัชกรบริหารผู้ป่วยมะเร็ง	๑			
ผู้ช่วยพยาบาล	๑			
พนักงานทำความสะอาด (out source)	๑			
รวม	๒๕	๓	๑๔	๖

๓. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ				
	ปี ๖๔	ปี ๖๕	ปี ๖๖	ปี ๖๗	ปี ๖๘
เครื่องบริหารยาเคมีบำบัด (Infusion)	๘	๘	๘	๘	๘
อุปกรณ์ Monitor สัญญาณชีพ	๓	๓	๓	๓	๓

๒. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
ขั้นตอนที่ ๑ เตรียมผู้ป่วยก่อน รับยาเคมีบำบัด ขั้นตอนที่ ๒ ประเมินผู้ป่วยและการประเมิน ความเสี่ยง ขั้นตอนที่ ๓ รับคำ สั่งการรักษาของแพทย์ ขั้นตอนที่ ๔ การบริหารยาเคมี บำบัด ขั้นตอนที่ ๗ การประเมินผล หลังให้บริการพยาบาลในการ บริหารยาเคมีบำบัด	๑.ผู้ป่วยได้รับการความเสี่ยง ครบถ้วน ๒.ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้วย การจำแนกผู้ป่วย (Patient Identification) อย่างถูกต้อง ก่อนบริหารยาเคมีบำบัด ๓.ผู้ป่วยปลอดภัยขณะได้รับ การบริหารยาเคมีบำบัด	- อัตราการเกิดภาวะHypersensitivity ไม่เกินร้อยละ ๑ - อัตราการเกิดภาวะ Extravasation ไม่เกินร้อยละ ๑ - จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ๐ ราย - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติตามแนวทาง การเตรียม ตัวก่อน/ขณะ/หลังให้ยาเคมี บำบัดได้อย่างถูกต้อง มากกว่าร้อยละ ๙๐ - ความผิดพลาดการระบุตัวผู้ป่วย ร้อยละ ๐

๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator) นำเสนอเป็นตาราง/ กราฟ

ตัวชี้วัดสำคัญ (KPI)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ) (๕ ปีย้อนหลัง)				
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. อัตราการเกิดภาวะ Hypersensitivity	≤ร้อยละ ๑	๐	๐.๘๑	๐	๐.๒๗	๐.๖๒
๒. อัตราการเกิดภาวะ Extravasation	≤ ร้อยละ ๑	๐	๐	๐.๐๘	๐	๐
๓. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	๐ ราย	๐	๐	๐	๐	๐
๔. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติ ตามแนวทางการเตรียม ตัวก่อน/ขณะ/ หลังให้ยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง	≥ร้อยละ ๙๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

ตัวชี้วัด ยังพบการเกิดภาวะ **Hypersensitivity** เนื่องจากปัจจัยด้านผู้ป่วย และได้ประเมิน อาการ
จัดการอาการ ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถรับยาเคมีบำบัดด้วยความปลอดภัย ส่วนการเกิด Extravasation
เนื่องจากพบปัญหาหลังจากผู้ป่วยไปห้องน้ำ

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๔.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

๑) การพัฒนาเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก

- ร่วมจัดทำมาตรฐานการให้ยาเคมีบำบัดชนิด ต่างๆในการดูแลผู้ป่วย เคมีบำบัดเพื่อเป็นแนวทางให้
บุคลากรใช้สำหรับเตรียมและร่วมมือกับแพทย์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และให้การพยาบาล
ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละรายผลการให้ยาเคมีบำบัดไม่พบอุบัติการณ์ใดๆ

- ร่วมจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการการรับยาเคมีบำบัด โดยมีแนวทางเฝ้าระวัง
ความเสี่ยงทางคลินิกในขณะให้ยา เช่นการเกิดภาวะ Hypersensitivity, Extravasation

- ร่วมจัดทำแนวทางการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยหลังให้ยาเคมีบำบัดเสร็จสิ้นโดย Check v/s และ monitor Ob Sat พบว่าผู้ป่วยร้อยละ ๙๘ มีความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

- พัฒนาแนวทางการให้ข้อมูล/คำแนะนำผู้ป่วยก่อนให้ยาเคมีบำบัด ในรูปแบบของแผ่นพับคำแนะนำการเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนเข้ารับยาเคมีบำบัด, การให้คำแนะนำผู้ป่วยโดยพยาบาลประจำหน่วยเป็นรายบุคคลพบว่าระดับคะแนนความพึงพอใจด้านการให้ข้อมูลคิดเป็นร้อยละ ๙๐

- มีช่องทางติดตามประเมินผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังให้ยาเคมีบำบัด โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการที่หน่วยเคมีบำบัดประสานสอบถามอาการทางโทรศัพท์

๒) พัฒนาการตรวจสอบความพร้อม/ความถูกต้องของผู้ป่วยก่อนให้ยาเคมีบำบัด

- ความพร้อมด้านร่างกาย : ปัญหาการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายที่พบเส้นหายากมาก

- ความพร้อมทางด้านจิตใจ : ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลมากเนื่องจากต้องมีการให้ยาเคมีบำบัดจะพบภาวะเพ็ญ คลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อย

- ความพร้อมของผลการตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการ : ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือผู้ป่วยมีผลเลือดที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ต้องให้ผู้ป่วยกลับไปบำรุงกระดูกรับประทานอาหารที่เพิ่มค่าของผลเลือดแล้วนัดตรวจพร้อมรับยาต่อไป

๓) การพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล

หน่วยงานเคมีบำบัดได้มีการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานในเรื่อง

- ขั้นตอนการรับบริการของผู้ป่วยนอก , ผู้ป่วยใน ลดขั้นตอนในการเบิกยา

- พัฒนาระบบบริการด้วย การประยุกต์ใช้แนวคิดในการปรับปรุงกระบวนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนรับการบริหารยาเคมีบำบัด งานเคมีบำบัด โรงพยาบาลลำพูน ด้วยการปรับปรุงกระบวนการ โดยใช้ Telemedicine

- การให้คำปรึกษารายกรณีสำหรับ ผู้ป่วยใหม่ทุกราย ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงอายุ โรคร่วม เป็นต้น

- พัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนก่อน/ขณะและหลังการให้ยา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการมีประสิทธิภาพเกิดความปลอดภัย ลดภาวะเสี่ยงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

๔) การทบทวนการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิด Cn THER (Care , Communication ,Team, HRD, Environment , Equipment , Record ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายจากข้อมูลย้อนกลับ ได้จากข้อมูลทั้งจากโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นจะมีการทบทวนผ่านการประชุมทาง Tumor conference และหน่วยงานจากสหสาขาวิชาชีพเพื่อช่วยกำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ ปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกการบริหารยาเคมีบำบัด หน่วยเคมีบำบัด

๕) การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดพยาบาลจะอธิบายผลการให้ยาซ้ำอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบอาการและความรุนแรงของโรค พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้อง การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ และการมาตรวจตามนัด สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ จะมีการโทรศัพท์ติดตามอาการ พร้อมให้คำแนะนำหลังได้รับยาเคมีบำบัด ครั้งแรก ส่วน

กรณี ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการได้รับยาเคมีบำบัด จะโทรศัพท์เพื่อติดตามหลังให้ยาเคมีบำบัด ๒๔ ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาจะมีเบอร์ติดต่อเพื่อปรึกษาปัญหาได้การจัดระบบบันทึกการติดตามเยี่ยมเพื่อสรุปเป็นข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน

๖) การพัฒนาความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

หน่วยงานเคมีบำบัดพัฒนาความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเริ่มตั้งแต่เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการการบันทึกทางการแพทย์ทุกระดับทั้งระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน บทบาทหน้าที่เข้าร่วมประชุมรับทราบนโยบาย แลกเปลี่ยนปัญหาวิธีการปรับปรุงการบันทึก ตั้งแต่ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัด เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายมีการลงบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกใบ และส่งคืนห้องบัตรทุกวัน และมีการติดตามทบทวนเวชระเบียนเพื่อ รับการนิเทศติดตามความสมบูรณ์ของเวชระเบียนจากกรมบัญชีกลางในการตรวจสอบหาจุดบกพร่องมาทำแนวทางแก้ไขต่อไป

๗) การพัฒนาคุณภาพอยู่ระหว่างการดำเนินการที่เป็นปัญหาสำคัญ การเสียชีวิต จากภาวะ Febrile Neutropenia

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
๑	พัฒนาแนวปฏิบัติการเกิดภาวะ Neutropenia	๑.จัดช่องทางด่วน (Fast Tract) ในผู้ป่วยที่มีภาวะ Neutropenia หลังได้รับยาเคมีบำบัด ๒.จัดระบบรายงาน ที่ถูกวินิจัย Febrile neutropenia ๓.นำ Case Febrile Neutropenia เข้าทบทวน	๑.พบการเกิดภาวะ Neutropenia ได้รับการแก้ไข และในระดับรุนแรงได้รับการ admit ทุกราย ๒.ลดการเสียชีวิตจากภาวะ Febrile Neutropenia

๕. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

๑. กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้ครอบคลุมทุกโรคมะเร็ง โดยมีการจัดทำทะเบียนมะเร็งผู้ป่วยรายใหม่ขึ้น ซึ่งขณะนี้ทำได้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้และทวารหนัก มะเร็งทางนรีเวช เพื่อรองรับการบริการผู้ป่วยมะเร็งได้มากขึ้น เพื่อสามารถพัฒนางานการดูแล,การรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ให้ครอบคลุมมากขึ้น

๒. พัฒนาศักยภาพบริการ เพิ่มจำนวนพยาบาลวิชาชีพ และศัลยแพทย์ เพื่อรองรับการบริการผู้ป่วยมะเร็งที่มากขึ้นและการพัฒนาระบบบริการที่กว้างขวางขึ้น การดูแลที่ได้มาตรฐาน มีแผนขยายสถานที่ซึ่งรอโอกาสต่อไป

๓. เสนอแนวทางการจัดการด้าน บุคลากรด้านโรคมะเร็งในการรองรับการขยายของงานบริการและจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น

ที่มา : งานเคมีบำบัด กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

◆ หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น ๔

๑. บริบท (Context)

ก. หน้าที่ และเป้าหมาย (Purpose)

หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น ๔ มีหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ทางด้านศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวชกรรม ทันตกรรม ตา หู คอ จมูก และ ระบบทางเดินปัสสาวะ ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

ให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวชกรรม ทันตกรรม ตา หู คอ จมูก ระบบทางเดินปัสสาวะ ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่มีอาการคงที่และได้รับพิจารณาจากแพทย์เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้ย้ายมาห้องพิเศษ มีผู้รับบริการกลุ่มโรคที่สำคัญคือ ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม โรกระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็ก มีจำนวนห้องพิเศษ ๑๒ ห้อง แบ่งเป็น ห้องพิเศษ VIP ๒ ห้อง ห้องพิเศษปรับอากาศธรรมดา ๑๐ ห้อง

เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยหลายประเภทพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจึงต้องมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นมาก่อนอย่างน้อย ๒ ปีและต้องเข้ารับการฝึกอบรม การดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภทร่วมกับ PCT ศัลยกรรม PCT Ortho PCT เด็ก การปฏิบัติงานจะขึ้นตรงกับ PCT ในแต่ละ PCT จะมีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบโดยตรงเพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานของแต่ละ PCT พยาบาลวิชาชีพทุกคนจะได้รับการส่งเสริมให้เข้ารับการฟื้นฟูความรู้ความสามารถทุกครั้งในแต่ละ PCT จัดการอบรมให้ความรู้ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล และมีการนำความรู้ที่ได้รับมาถ่ายทอดในที่ประชุมประจำเดือนทุกเดือนเพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง วิกฤติ ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ มีแนวปฏิบัติในการขอความช่วยเหลือจากหอผู้ป่วยร่มเย็น ๕ และตึก ICU Surg บุคลากรทุกคนได้รับการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพทุก ๑ ปี ซึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยเจ้าหน้าที่จะมีการเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ให้พร้อมใช้อยู่เสมอ อุปกรณ์ที่สำคัญได้แก่ Laryngoscope, Ambubag, O๒ Flow meter, O๒ sat ,Suction pipeline Infusion pump เป็นต้น

หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น ๔ มีการพัฒนาระบบการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ๔S

๑. Service บริการเต็มที่

๒. Safety มีความปลอดภัย

๓. Staff บุคลากรแจ่มใส

๔. System ในระบบที่ดี และได้พัฒนาระบบการทำงานตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๖ คือ

- การ Identify คือการระบุตัวผู้ป่วยโดยใช้ ๓ จุดหยุดความเสี่ยง

- การประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อป้องกันผู้ป่วยมีอาการทรุดหนัก หรือการ CPR โดยไม่คาดการณ์

ค. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

จำนวนผู้ป่วย	ปี ๒๕๖๕ (ราย)	ปี ๒๕๖๖ (ราย)	ปี ๒๕๖๗ (ราย)	ปี ๒๕๖๘ (ราย)
ผู้ป่วยทั้งหมด	๑,๑๔๓	๑,๑๕๘	๑,๑๕๙	๑,๐๙๙
● ศัลยกรรมทั่วไป	๔๗๙	๔๓๖	๔๗๔	๔๖๖
● ศัลยกรรมกระดูก	๕๕๕	๕๙๒	๕๑๙	๕๓๖
● หู ตา จมูก	๔๑	๒๗	๒๖	๑๖
● กุมารเวชกรรม	๒๕	๗๒	๔๗	๒๑

รายการข้อมูล	ข้อมูล (ปี)			
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑.จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	๑,๑๔๓	๑,๑๕๘	๑,๑๕๙	๑,๐๙๙
๒.จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายรวม	๑,๐๐๑	๑,๐๓๘	๑,๐๒๐	๙๖๒
- แพทย์อนุญาต	๘๙๒	๑,๐๐๓	๙๗๘	๙๑๕
- ส่งต่อ	๒	๔	๔	๑๐
- เสียชีวิต	๐	๑	๒	๒
- ไม่สมัครอยู่	๐	๐	๑	๒
๓. อัตราตาย	๐	๐	๐.๑๘	๐.๑๘
๔. อัตราการไม่สมัครอยู่	๐	๐	๐.๐๙	๐.๑๘
๕. อัตราการครองเตียง	๙๖	๙๗	๙๗.๔๑	๙๔.๙๕
๖. อัตราการใช้เตียง	๗.๙๓	๘.๒๐	๘.๑๒	๗.๖๙
๗. LOS	๓.๗๐	๓.๖๑	๓.๑๗	๓.๘

๒.ด้านบุคลากร

อัตรากำลัง : การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ เวรเข้า : ป้าย : ดึก ๒ : ๒ : ๒

พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	คนงาน
๘ คน	๓ คน	๐ คน	๑ คน

๓. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ			
	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	๑	๑	๑	๑
๒. เครื่องวัดความดันโลหิต	๒	๒	๒	๕
๓. เครื่องวัด ออกซิเจนในเลือด	๑	๑	๑	๑
๔. เตียงไฟฟ้าปรับระดับได้	๑๒	๑๒	๑๒	๑๒

กรณีที่เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่พอใช้ สามารถประสานงานหน่วยงานศูนย์เครื่องมือแพทย์เพื่อจัดหาเครื่องมือสำรองให้ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๔. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator) ผลการดำเนินงาน

รายการ	Target	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	๐	๐	๐	๑	๐
๒.จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดหนักโดยไม่คาดการณ์	๐	๑	๔	๐	๐
๓. อัตราการเกิดแผลกดทับ	<๕% และ๕: ๑,๐๐๐ วันนอน	๐	๐	๐	๐
๔. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด(SSI)	:๑๐๐ clean wound <๑	๐	๒.๕๘	๑	๐
๕. จำนวนครั้งการเกิด Admin error	๐	๐	๐	๐	๓
๖. อัตราการเกิด UTI จากการคาสายสวนปัสสาวะ	<๕: ๑,๐๐๐ วันใส่ Cath	๐	๐	๐	๑๘.๘๖
๗. อัตราการ Re-admission เข้าภายใน ๒๘วัน จากโรคเดิม	ราย	๐	๐	๐	๐.๑๐
๘. จำนวนผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ	ราย	๒	๔	๑	๑๐
๙. ร้อยละการบันทึกทางการแพทย์	> ๘๐%	๙๕	๙๕	๙๕.๖๔	๙๖.๖๔
๑๐. ความพึงพอใจผู้รับบริการ	> ๘๕%	๙๔	๙๓	๙๔.๒๔	๙๖.๑๙
๑๑. ความผิดพลาดในการส่ง Specimen	๐	๐	๒	๒	๑๑
๑๒. การ Identification ผู้ป่วยก่อนเข้า OR	๐	๒	๘	๕	๑๒
๑๓. จำนวนครั้งการลื่นล้ม/ตกเตียง	๐	๒	๒	๐	๐

ที่มา : หอผู้ป่วยพิเศษรณรงค์ชั้น ๔

◆ หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น ๕

๑.บริบท(Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย(Purpose)

หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น ๕ มีหน้าที่ให้ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม ศัลยกรรม และ ศัลยกรรมกระดูกตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

ข.ขอบเขตการให้บริการ(Scope of Service)

ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุรกรรมที่มีอายุตั้งแต่ ๑๔ ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก ที่มีอาการคงที่และได้รับพิจารณาจากแพทย์เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้ย้ายมาห้องพิเศษ มีผู้รับบริการกลุ่มโรคสำคัญคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคปอดอักเสบ โรคติดเชื้อ โรคหัวใจ และผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง โรคไตตั่งอักเสบ โรคเบาเสื่อม มีจำนวนห้องพิเศษทั้งหมด ๑๒ ห้อง แบ่งเป็น ห้องพิเศษปรับอากาศธรรมดา ๑๐ ห้องและห้องพิเศษปรับอากาศวีไอพี ๒ ห้อง

หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น ๕ มีการพัฒนาระบบการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ๔S

๑. Service บริการเต็มที่
๒. Safety มีความปลอดภัย
๓. Staff บุคลากรแจ่มใส
๔. System ในระบบที่ดี และได้พัฒนาระบบการทำงานตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาลปี ๒๕๖๖ คือ
 ๑. การIdentify คือการระบุตัวผู้ป่วยโดยใช้๓ จุดหยุดความเสี่ยง
 ๒. การประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อป้องกันผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักหรือการCPRโดยไม่คาดการณ์

ค.ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ลูกค้ายานนอก ผู้ป่วยและญาติ	๑. หายหรือทุเลาจากการเจ็บป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ๒. ได้รับการบริการที่ดีถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ รวดเร็ว มีความเท่าเทียมกัน ๓. ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพและแผนการรักษาพยาบาล มีการให้ข้อมูลที่ต่อเนื่อง ๔. เจ้าหน้าที่ให้บริการดูญาติมิตร ยิ้มแย้ม พุดจาสุภาพ ๕. มีแพทย์มาตรวจตามเวลา ๖. สิ่งแวดล้อมสะอาด น่าอยู่ มีความปลอดภัย
ลูกค้าภายใน เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน	๑. มีการทำงานเป็นทีม มีประสิทธิภาพ ร่วมแรงร่วมใจ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และมีความสุขในการทำงาน ๒. มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงานได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆจากผู้บริหาร ๓. มีสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ร่วมงาน ๔. สถานที่ทำงานสะอาด ปลอดภัย มีสิ่งอำนวยความสะดวก
แพทย์	๑. การให้ข้อมูลด้านผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน ๒. การรายงานที่รวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วนทันต่อเหตุการณ์ และมีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ถูกต้องครอบคลุม ใช้สื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพได้ ๓. มีเครื่องมือที่ทันสมัยพร้อมใช้และมีประสิทธิภาพ
เจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น	๑. มีการประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจกัน ๒. มีเอกสารที่ใช้ระหว่างหน่วยงานครบถ้วน

ง.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน(Key Quality Issues)

๑. การให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ (คุณภาพและองค์กรรวม SPA)
๒. ความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการ (ความปลอดภัย SIMPLE)
๓. Living & Learning organization (องค์กรแห่งการเรียนรู้/บุคลากรมีความสุข)
๔. โรงพยาบาลคุณภาพคู่คุณธรรม (Moral Hospital)
๕. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

จ.ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

๑. การประเมินผู้ป่วย ช่วยเหลือเบื้องต้นถูกต้องรวดเร็ว
๒. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน
๓. ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญได้รับการดูแลตาม Guideline

ความเสี่ยงสำคัญ

๑. ผู้ป่วยทรุดลงโดยไม่ได้คาดการณ์
๒. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้คาดหวัง
๓. ผู้ป่วยได้ยาผิดชนิด

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๑	ผู้ป่วยทรุดหนักโดยไม่ได้คาดการณ์	๑.มีแนวทางการประเมินผู้ป่วยและการประเมินซ้ำ ๒.พัฒนาการรับส่งเวร	-จำนวนผู้ป่วยทรุดหนักลดลง -เจ้าหน้าที่สามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามมาตรฐาน
๒	ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้คาดหวัง	-ทบทวนแนวทางการ CPR -การประเมินผู้ป่วยซ้ำและการรายงานแพทย์อย่างเหมาะสม	-มีแนวปฏิบัติการ CPR และได้มีการทบทวน CPR ทุกปี
๓	ผู้ป่วยได้ยาผิดชนิด	-ทบทวนการบริหารการจัดแจกยาผู้ป่วย	-เพื่อลดความผิดพลาดในการจัดแจกยา

จ.ปริมาณงานและทรัพยากร

๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

๒. ด้านบุคลากร

รายการข้อมูล	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑. จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	๗๕๙	๘๔๑	๘๘๖
๒. จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายรวม	๖๑๓	๖๙๙	๗๔๑
- แพทย์อนุญาต	๕๓๖	๖๔๔	๗๓๒
- ส่งต่อ	๔	๓	๒
- ย้ายตึก	๕๓	๗๒	๖๐
- เสียชีวิต	๑๖	๑๔	๗
- ไม่สมัครอยู่	๔	๒	๐
๓. อัตราการไม่สมัครอยู่	๑.๗๙	๐.๓๔	๐
๔. อัตราตาย	๒๕.๖๖	๑๙.๔๒	๐.๗๙
๕. LOS	๕.๗๔	๕.๑๐	๔.๗๘
๖. อัตราการครองเตียง	๙๘.๕๔	๙๕.๗๓	๙๕.๓๐
๗. อัตราการใช้เตียง	๕.๒๖	๕.๘๖	๖.๑๕
๘. Productivity	๑๒๐	๙๘.๑๕	๙๔.๘๖

อัตรากำลัง:การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพเวรเช้า:ป่วย:ตึก ๒:๒:๒

อายุแพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยเหลือคนไข้
๑	๗	๓	-

๓. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ				
	ปี ๖๓	ปี ๖๔	ปี ๖๕	ปี ๖๖	ปี ๖๗
เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	๑	๑	๑	๑	๑
เครื่องวัดความดันโลหิต	๒	๒	๒	๔	๔
เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด	๑	๑	๑	๑	๑
เครื่องดูดเสมหะ	๕	๕	๕	๕	๕
เตียงไฟฟ้าปรับระดับได้	๑๒	๑๒	๑๒	๑๒	๑๒

กรณีที่เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่พอใช้สามารถประสานงานหน่วยงานศูนย์เครื่องมือแพทย์ เพื่อจัดหาเครื่องมือสำรองให้ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๒. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Processes Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๑. การประเมินผู้ป่วย	๑. ได้รับการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกอย่างถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่ม ๒. ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง	๑. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้คาดหวัง ๒. จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดหนักหลังรับไว้ ๘,๒๔ ชั่วโมง
๒. การวางแผนการดูแลรักษา	๑. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์และได้รับการดูแลตามสภาวะการเจ็บป่วย อย่างเหมาะสม	๑. อัตราการเกิดแผลกดทับ ๒. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ๓. จำนวนครั้งการเกิดAdmin error
๓. การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	๑. ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเองภายหลังจำหน่ายได้อย่างเหมาะสม ๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีความครอบคลุมจากสหสาขาวิชาชีพ	๑. อัตราการ Re-admit ภายใน ๒๘ วันจากโรคเดิม ๒. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้านและการตอบกลับ
๔. กระบวนการคู่ขนาน	๑. บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลถูกต้อง ครบถ้วน ๒. บุคลากรมีความรู้และความสามารถ ๓. ผู้รับบริการพึงพอใจ ๔. การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีประสิทธิภาพ	๑. ร้อยละการบันทึกทางการพยาบาล ≥ ๘๐% ๒. คะแนน Competency ๓. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๔. จำนวนข้อร้องเรียนที่เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ

๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ (Performance Indicator)

รายการ/ข้อมูล	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดหนักย้ายกลับตึกสามัญ	๑๙	๒๗	๓๑
๒. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	๑๖	๐	๐
๓. อัตราการเกิดแผลกดทับ	๐	๐	๐
๔. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	๐	๐	๐
๕. จำนวนครั้งการเกิด Admin error	๐	๒	๐
๖. อัตราการ Re-admit ภายใน ๒๘ วันจากโรคเดิม	๐	๐	๐
๗. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	๙๕.๐๔	๙๕.๙๒	๙๖.๘๑
๘. จำนวนครั้งการตกเตียง/ลื่นล้ม	๐	๐	๐
๙. จำนวนครั้งการส่งสิ่งส่งตรวจผิดพลาด	๐	๐	๐
๑๐. จำนวนครั้งของการIdentify ผิดพลาด	๐	๐	๐
๑๑. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ	๗	๓	๒
๑๒. ร้อยละการบันทึกทางการพยาบาล	๘๙.๙๔	๙๒.๖๑	๙๒.๓๙
๑๓. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	๔	๙	๒๐
๑๔. จำนวนผู้ป่วยMIที่ได้รับการดูแลตามGide line	๑	๒	๑
๑๕. จำนวนผู้ป่วยCVAที่ได้รับการดูแลตามGide line	๘	๙	๒๐
๑๖. จำนวนผู้ป่วยSepsisที่ได้รับการดูแลตามGide line	๒	๐	๒๓

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๔.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบัน

ด้าน Disease management กลุ่มโรคสำคัญที่มีแนวปฏิบัติ (Guideline) คือโรคหัวใจขาดเลือด โรคสมองขาดเลือด ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรคปอดอักเสบ โดยใช้ PCT Med Care Model เป็นแนวทางเน้นการกำหนดเป้าหมาย กระบวนการ และผลลัพธ์ (Purpose Process Performance) มีการประเมินผู้ป่วยซ้ำเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงโดยการใช้ Early warning singe มีการวางแผนจำหน่ายโดยเฉพาะในรายที่ต้องมีการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายโดยมีระบบการส่งต่อกับทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)

๑. เมื่อแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายพยาบาลวิชาชีพใช้แบบประเมินและจัดกลุ่มผู้ป่วย
๒. รายงานทีม Palliative Care ผ่านระบบไลน์ เพื่อให้แพทย์รับทราบ Case เบื้องต้น ประเมินอาการ และสั่งแผนการรักษา
๓. ลงทะเบียนผู้ป่วยในระบบ
๔. ทีมงานให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ บรรเทาความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานในระยะสุดท้ายของชีวิต มีการดูแลด้านจิตใจและความต้องการของทั้งผู้ป่วยและญาติ

ด้าน Patient Care Process Improvement ความปลอดภัยผู้รับบริการด้านยา

๑. มีการใช้ ระบบRobotร่วมกับระบบ MAR Sheet ซึ่งสั่งPrint รายการยา จากโปรแกรม PMK เพื่อใช้ประกอบในการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา โดยมีการเช็กกับ Order แพทย์ร่วมด้วยซึ่งถือว่าเป็นการ Cross check ระหว่างเภสัชกับพยาบาล
๒. กระบวนการเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยาที่มาจากบ้านอย่างต่อเนื่อง มีการนำกระบวนการ Medical Reconciliation โดยมีการ Reconciliation ในผู้ป่วยทุกราย โดยการ Print รายการการใช้ยาของผู้ป่วยจาก Program PMK และมีการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย/ญาติ/เวชระเบียน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังจะมีการทำ Reconciliation จนถึง D/C Reconciliation
๓. มีการตรวจสอบความตรงกันระหว่างยาใน order กับยาใน Med sheet
๔. ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะมีการนำระบบการบริหารยาปฏิชีวนะมาใช้โดยมีการกำหนดแนวปฏิบัติการสั่งจ่ายด้านแบคทีเรียที่ควบคุมในโรงพยาบาลลำพูน

๔.๒ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพที่ได้ดำเนินการ

โครงการพัฒนาบุคลากร เรื่องการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยพิเศษร่วมเย็นการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นสิ่งสำคัญมาก โดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤตฉุกเฉิน โรงพยาบาลจำเป็นต้องมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะแก่เจ้าหน้าที่เป็นประจำทุกปีตามมาตรฐาน ถือเป็นการเพิ่มพูนศักยภาพแก่บุคลากรให้มีความพร้อมรับภาวะวิกฤตต่างๆโดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วย สามารถประเมินผู้ป่วยได้ตลอดเวลาต่อเนื่อง ดังนั้นเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยพิเศษร่วมเย็นจึงเห็นความสำคัญในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และจัดให้อยู่แผนพัฒนาบุคลากรประจำปี เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้นำความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพไป ช่วยผู้ป่วยให้รอดชีวิตจากภาวะวิกฤตได้

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถประเมินอาการผู้ป่วยและใช้แผนปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้อง
๒. เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถใช้อุปกรณ์ต่างๆในการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้และสามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด

- ร้อยละ ๘๐ ของเจ้าหน้าที่สามารถประเมินอาการผู้ป่วยและใช้แผนปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และใช้อุปกรณ์ต่างๆในการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้อง
- ร้อยละ ๙๐ ของเจ้าหน้าที่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง

กิจกรรม

- เชิญพยาบาลผู้ผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงจากหน่วยงานหอผู้ป่วยหนักมาเป็นวิทยากร
- เจ้าหน้าที่ฝึกปฏิบัติจริงทุกคนโดยใช้หุ่น CPR
- เจ้าหน้าที่ฝึกใช้เครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator) และ การใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าชนิด

อัตโนมัติ(AED)

ผลลัพธ์

- เจ้าหน้าที่สามารถประเมินอาการผู้ป่วยและใช้แผนปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้องมากกว่าร้อยละ ๘๐

พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดในหอผู้ป่วยพิเศษรณรงค์

เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาลในเรื่องการบริหารความเสี่ยงและเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดถูกต้องตามแผนการรักษา๒. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด

กิจกรรม

- แจ้งแนวทางปฏิบัติการดูแลการรับเลือดและส่วนประกอบของเลือดให้แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำ ตึกพิเศษรณรงค์ทราบ
- ก่อนการให้เลือดทุกครั้งพยาบาลต้องใช้หลักบริหารการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดดังนี้
 ๑. การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนให้เลือด
 - แนะนำตัว อธิบายว่าจะให้เลือด
 - ถามชื่อ นามสกุลผู้ป่วย HN ดูป้ายข้อมือผู้ป่วย ถามหมู่เลือดก่อนการให้เลือด
 - ตรวจสอบหมู่เลือดผู้ป่วย ประวัติการแพ้เลือด ประวัติการได้รับเลือด
 - แนะนำความเสี่ยงจากการได้รับเลือด
 ๒. ขั้นตอนการให้เลือด
 - ตรวจสอบคำสั่งการให้เลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์
 - ปฏิบัติตามหลัก Aseptic technique อย่างถูกต้อง
 - Clam IV อื่นก่อนให้เลือด
 - ใส่ Air ในสาย IV และต่อเข้าเส้นเลือดได้อย่างถูกต้อง

- จัดบันทึกลงลายมือชื่อผู้ให้ เวลาที่ให้
- ถามอาการผู้ป่วย และสังเกตอาการ และสัญญาณชีพใน ๑๕ นาทีแรก ถ้าพบอาการผิดปกติ ให้หยุดให้เลือด และรายงานแพทย์ รับทราบ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จของโครงการ และ ผลลัพธ์

- อุบัติการณ์ การให้เลือดผิดหมู่ = ๐

พัฒนาคุณภาพการพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แผลกดทับเป็นหนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล แม้ว่าแผลกดทับไม่ได้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย แต่การเกิดแผลกดทับส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา ทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ การเกิดแผลกดทับเชื่อว่าส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลจึงใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในด้านคุณภาพการดูแลรักษาในหอผู้ป่วย

ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับทางหอผู้ป่วยพิเศษรณรงค์จึงได้ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยขึ้น

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์

๑. เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง
๒. เพื่อลดขนาดและจำนวนของแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
๓. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ถูกต้อง
๔. เพื่อให้บุคลากรในหอผู้ป่วยปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน และ ดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้ถูกต้อง

ตัวชี้วัด

- อัตราการเกิดแผลกดทับ ≤ 4 ครั้ง/๑๐๐๐ วันนอน

กิจกรรม

- ทบทวนแนวปฏิบัติการดูแลแผลกดทับให้แก่เจ้าหน้าที่
- จัดทำนวัตกรรมป้ายพลิกตะแคงตัว , นาฬิกาพลิกตะแคงตัว
- ติดตามประเมินตัวชี้วัดทุกเดือน

นวัตกรรมการดูแลแผลกดทับ

๑. นาฬิกาเปลี่ยนท่า วัตถุประสงค์ เพื่อความสะดวกในการเปลี่ยนท่าของผู้ป่วย โดยนาฬิกากำหนดทำนอนตามเวลา วิธีใช้  ผู้ปฏิบัติจะเปลี่ยนท่าตามเข็มนาฬิกา



๒. Acting card for prevent ulcer

วัตถุประสงค์ เพื่อกระตุ้นเตือนให้ทีมเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

วิธีใช้ → ติดป้าย Acting card for prevent ulcer บริเวณหน้าห้องผู้ป่วย / ติดท้ายเตียงผู้ป่วย



ผลลัพธ์

- การเกิดแผลกดทับ = ๐

๔.๒ การพัฒนาที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

๑. การทบทวนเวชระเบียน การ Audit chart พบปัญหาการเขียน Nurse Note เขียนซ้ำๆ กันไม่ได้ เขียนตามอาการที่แท้จริง ไม่สามารถ เป็นหลักฐานด้านกฎหมายได้ ลายมืออ่านยาก การประเมินไม่ครบถ้วนเช่น การประเมิน Bed sore พลัดตกหกล้ม และประเภผู้ป่วย

แนวทางการนิเทศงาน ใช้แบบประเมินแบบ One day one chart และการประเมินเวชระเบียนของ สป.สช.และสำนักพยาบาล

- ปรับปรุงการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้ แบบฟอร์มเฉพาะโรค โดยเป็นการวางแผนตั้งแต่แรกรับเพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติ ด้วยการใช้แบบฟอร์มเป็นเครื่องมือ

- มีการ Audit chart โดยพยาบาลวิชาชีพทุกคน คนละ ๑ chart/เดือน

- มีการติดตามประเมินการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล Audit chart โดยหัวหน้าตึก แจ้งข้อผิดพลาด โอกาสพัฒนารายบุคคล ติดตามการพัฒนา นำข้อมูลมาเป็นส่วนหนึ่งของการพิจารณา ความดีความชอบ ในการเลื่อนขั้นเงินเดือน

๒. พัฒนาคูณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยการสอนและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในเรื่องการให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การดูดเสมหะ การฉีดยาเบาหวาน

๓. พัฒนาการบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานโดยการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบในหน่วยงานเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

๕. แผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๑. ลดภาวะผิดพลาดจากการให้ยา , การแพ้ยาซ้ำ

๒. ฟื้นฟู การ CPR แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ปีละ ๑ ครั้ง

๓. พัฒนาคูณภาพในการจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละโรคตามแนวทางที่สอดคล้องกับ PCT

๔. พัฒนาคูณภาพการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ

◆ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ ๒

๑. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (purpose) หอผู้ป่วยสงฆ์ ๒ ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย Covid-๑๙, ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ, ผู้ป่วยเชื้อดื้อยาที่ได้รับการควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้อื่น อีกทั้งยังให้ความดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ต้องขังประเภท ๓ ทั้งนักโทษชายและนักโทษหญิง รวมถึงผู้ป่วยธาลัสซีเมีย, ผู้ป่วยโรคไตวาย โรคหัวใจ ที่เดิมเลือดตามแพทย์สั่งและจำหน่ายเมื่ออาการผู้ป่วยปกติแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

ข. ขอบเขตภายใต้บริบท (Scope of service)

- ให้บริการผู้ป่วยโรค Covid-๑๙ ได้ ๖ เตียง เป็นห้อง Negative Pressure ทั้งหมด ทั้งผู้ป่วย RA, On Oxygen canular, On HFNC, On C๑ ventilator ผู้ป่วย Palliative care ได้ ๒ เตียง ผู้ป่วยที่เป็น Covid-๑๙ On C๑ ventilator ที่ Active ได้ ๒ รายขึ้นไปและต้องมีพยาบาล ICU มาช่วยดูแลแหวละ ๑ คน และเมื่อมี C๑ ventilator ครบ ๖ คน ต้องเปิดเตียงย้ายผู้ป่วยทั้งหมดไป Sub ICU และยังรับผู้ป่วย Covid-๑๙ ที่ลากกลับบ้านมาให้นยา Remdisivir ไปกลับด้วย

- ให้บริการผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเร็ว ได้ ๒ เตียง เป็นห้อง Negative Pressure ทั้งหมด ซึ่งเป็นห้องแยกสำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมการแพร่กระจายเร็ว

- ให้บริการผู้ป่วยเชื้อดื้อยาที่ได้รับการควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ได้แก่

๑. Enterococcus faecium ที่ดื้อต่อยา Vancomycin

๒. Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae (CRE) เช่น เชื้อ E.coli, Klebsiella pneumonia ที่ดื้อต่อยา Meropenem, Imipenem

๓. Acinetobacter baumannii ที่ดื้อต่อยา Colistin

๔. Pseudomonas aeruginosa ที่ดื้อต่อยา Colistin

๕. Stenotrophomonas maltophilia ที่ดื้อต่อยา Co-trimoxazole และ levofloxacin ซึ่งมีจำนวน ๔ เตียง ๒ ห้อง เป็นเตียงสามัญทั้งหมด เป็นเตียงปกติ ๒ เตียง เตียงสำหรับญาติ ๒ เตียง

- ให้บริการผู้ป่วยผู้ต้องขัง ประเภท ๓ รับได้ ๔ เตียง ทั้งนักโทษผู้ป่วยชายและหญิง ซึ่งแบ่งเป็นห้องสำหรับนักโทษหญิง ๑ ห้อง มี ๒ เตียง และห้องนักโทษชาย ๑ ห้อง มี ๒ เตียง

- ให้บริการผู้ป่วยเดิมเลือดที่มีคำสั่งจำหน่ายจาก OPD รับได้ทั้งหมด ๘ เตียง ที่เป็นเตียงแบบโซฟาที่นั่งและปรับเอนนอนได้แต่มีข้อจำกัดคือ ถ้าผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องนอนเตียง มีเตียงที่สามารถนอนได้ ๑ เตียง

- ให้บริการผู้ป่วยสามัญ ที่รับฝากจากตึกสามัญ จำนวน อย่างน้อย ๔ เตียง

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการสำคัญ (แบ่งตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
- ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปลอดภัย อาการดีขึ้น สามารถกลับบ้านได้
- ครอบครัว/ญาติ	ต้องการการเอาใจใส่ที่ดีจากแพทย์และพยาบาล การดูแลที่ดี มีมาตรฐาน
- แพทย์	การร่วมมือที่ดี ให้การรักษาผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการสื่อสาร ข้อมูลผู้ป่วย ที่ถูกต้องครบถ้วน เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง มีการรายงานแพทย์ ได้รวดเร็ว ทันเหตุการณ์
- ผู้บริการ	การทำงานที่เป็นทีม ทำงานแบบมีความสุข อยู่กันแบบพี่น้อง ไม่เครียด
- เกสซ์	ให้ความร่วมมือในการบริหารยาโดยใช้ระบบ UIMC ในการบริหารยากับผู้ป่วยทุกคน
-เจ้าหน้าที่อื่นๆ	การสื่อสารประสานงานที่ถูกต้อง ครบถ้วน เอกสารครบถ้วนถูกต้อง

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issue)

๑. มีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลตามแนวทางของผู้ป่วยติดเชื้อ Covid-๑๙ และ TB
๒. มีการใช้ NEWS score ในการประเมินผู้ป่วยทุกราย และปฏิบัติตามแนวทางที่ให้ไว้
๓. มีการใช้แนวทางการให้เลือด เพื่อให้เลือดกับผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน Zero Event เป้าหมายการให้เลือดผิดเป็น ๐
๔. เจ้าหน้าที่ปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อ Covid-๑๙ และ TB จากการให้การพยาบาลผู้ป่วย
๕. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจไม่เกิดข้อร้องเรียน
๖. เจ้าหน้าที่ ทุกคน ทำงานอย่างมีความสุข

จ. ความท้าทาย และความเสี่ยงสำคัญ

๑. รับผู้ป่วยหลายแผนก และหลากหลายบริบท
๒. ความเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ พлотตกหล่น Blood clot Blood hemolysis , Admin error

จ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ ศักยภาพ ข้อจำกัด)

๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ผลการดำเนินการ	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘ ปิดทีก ๔ เดือน
๑. ยอดรวมผู้ป่วยทั้งหมด	๖๘๕	๑,๒๓๖	๘๓๘
- Covid-๑๙	๓๔๔	๒๖๘	๘๕
- TB	๔๗	๘๘	๖๓
- นักโทษ	๑๘	๗๕	๖๗
- ผู้ป่วยเดิมเลือด	๒๗๖	๕๙๕	๒๒๖
- รับฝากสามัญ	๐	๑๓๒	๓๑๕
- เชื้อดื้อยา	NA	๗๘	๗๒
- Flu/RSV	๐	๐	๑๐
๒. ผู้ป่วยจำหน่ายทั้งหมด	๖๕๕	๑,๑๔๙	๗๗๔
- กลับบ้าน	๔๗๙	๑,๐๐๔	๖๘๙
- ส่งต่อ(กรณีรักษาไม่ได้)	๐	๑	๑
- ตาย	๒๓	๑๒	๙
- ย้ายตึก	๑๕๐	๑๓๒	๗๕
- ไม่สมัครอยู่	๑	๐	๐
- หนีกลับ	๐	๐	๐
๓. จำนวนวันนอนทั้งหมด	๒,๓๓๖	๒,๙๙๘	๒,๓๕๕
๔. เผลี่ยนอน รพ คนละ (วัน)	๓	๒.๕	๒.๘๒
๕. อัตราการใช้เตียง	๕.๗๖	๘.๒	๖.๔
๖. อัตราการครองเตียง	๕๘.๐๑	๖๘.๒๖	๖๐.๐๗
๗. จำนวนการกลับเข้ามาAdmitซ้ำภายใน ๒๔ ชั่วโมง	๐	๑	๐
๘. จำนวนการกลับเข้ามาAdmitซ้ำภายใน ๗ วัน	๐	๐	๐
๙. One Day One Chart	๘๕.๓๘	๙๖.๓๒	๘๘.๑๕
๑๐. Audit Chart รายเดือน	๘๙.๐๖	๙๓.๕	๙๐.๕

๒. ด้านบุคลากร

ประกอบด้วย อัตรากำลัง พยาบาลวิชาชีพจำนวน ๕ คน เป็น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ๒ คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ๓ คน ซึ่งไม่เพียงพอกับการจัดสรร ที่แต่ละเวร ต้องมีพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงาน เวรละ ๒ คน

- ผู้ช่วยพยาบาล ๑ คน
- พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ๒ คน

การจัดอัตรากำลังของทีมการพยาบาล

จำแนกเป็น เวรเช้า พยาบาลวิชาชีพ ๒ ผู้ช่วยพยาบาล ๑ หรือ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ๑

เวรบ่าย พยาบาลวิชาชีพ ๒ ผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ๑

เวรดึก พยาบาลวิชาชีพ ๒ ผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ๑ ในเวรดึกบางวัน

จึงต้องจัดแบบ Staff mixed โดยจัดพยาบาลวิชาชีพ ๑ คน ผู้ช่วยพยาบาล ๑ คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ๑ คน

๓. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

- เครื่อง EKG ๑๒ Lead ๑ เครื่อง
- เครื่อง Defibrillator ๑ เครื่อง
- Central Monitor
- Laryngoscope + blade ๑ ชุด
- Notebook สำหรับบริหารยา ๑ ชุด Mobile บริหารยา ๑ เครื่อง

กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
๑. การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ ๑.๑. การประเมินแรกรับ/รับใหม่/รับย้าย	- ผู้ป่วยได้รับการจำแนกประเภท ประเมินอาการ ปัญหาและความต้องการทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วยโดยพยาบาล - ปัญหาผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องและสามารถตรวจพบปัญหาสำคัญได้ทันเวลา - ปัญหาที่พบได้รับการแก้ไขอย่างทันทีทันใด	- จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์ที่เป็น AE เท่ากับ ๐
๒. การวางแผนการดูแล -การดูแลตามกลุ่มโรค -การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด	- แผนการพยาบาลมีความครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ พันพสุภาพ ส่งเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง -แผนการพยาบาลมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและกำหนดเป้าหมายในการพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล - ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสัมพันธ์กับข้อมูลที่ประเมินได้และได้รับการช่วยเหลือในเวลาที่เหมาะสม - มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนการรักษา	-จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์ระดับ G-I = ๐ - จำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อน - อัตราแผลกดทับระดับ ๒ = ๐ - จำนวนผู้ป่วยเกิด Falling = ๐ -อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล HAP = ๐ - UTI = ๐ - Phlebitis = ๐ - SSI = ๐ -การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม = ๐

	- การรักษาพยาบาลเป็นไปตามกระบวนการรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญรวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย -ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล -การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเป็นไปแนวทางในแต่ละกลุ่มโรค/หัตถการ -ติดตามดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วยและกลุ่มโรค/หัตถการ	
๓. การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	- ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัวมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง - ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองปัญหาความเจ็บป่วยที่สอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมและสังคมของตนเอง	- อัตรา Readmit ภายใน ๒๘ วัน ด้วยโรคเดิม = ๐
๔. การดูแลต่อเนื่อง -การจำหน่าย -การนัดติดตาม	-มีการเตรียมความพร้อม แจ้งผู้ป่วยและญาติ -ปฏิบัติตามแนวทางจำหน่ายแต่ละกลุ่มโรค -ประสานงานกับทีมสหสาขาหรือหน่วยงานที่จะรับส่งต่อผู้ป่วย -นัดหมายผู้ป่วยตามแนวทางของกลุ่มโรค -ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว สามารถร้องขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นๆเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	-จำนวนครั้งของการนัดหมายที่ผิดพลาด = ๐ -ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ IMC ได้รับการส่งเยี่ยมบ้าน ๑๐๐ %

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑. จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดหนักหลังรับไว้ ๘ ชม.	๐	๐	๐	๐
๒. จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดหนักหลังรับไว้ ๒๔ ชม	๐	๐	๐	๐
๓. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	๐	๐	๑	๐
๔. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ๒ขึ้นไป	ร้อยละ ๐	๓	๑	๐
๕. ตกเตียง/ลื่นล้ม	๐	๒	๒	๕
๖. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล				
-HAP		๒	๑	๐
-CAUTI		๕	๐	๐
-Phlebitis		๓	๐	๐
๗. จำนวนครั้งการเกิด Drug Admin Error E up	๐	๑	๐	๐
๘. ข้อผิดพลาดจากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ				
๙. จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้ม	๐	๒	๒	๕
๑๐. อัตราการ Re-admission ภายใน ๒๘ วัน ด้วยโรคเดิม		๒	๑	๐
๑๑. จำนวนครั้งของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม	๐	๐	๐	๐
๑๒. การนัดผู้ป่วยมาตรวจตามนัดผิดพลาด				
๑๓. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ HHCที่ได้รับการส่งเยี่ยมบ้าน	ร้อยละ ๑๐๐	๘๐	๑๐๐	๑๐๐
๑๔. คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ร้อยละ ๘๕	๘๐	๙๕	๙๓
๑๕. จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ	๐	๑	๐	๐
๑๖. คะแนน Audit บันทึกทางการแพทย์	ร้อยละ ๘๕	๘๐	๙๕	๙๐

ที่มา : หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ ๒

◆ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ ๓

บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ ๓ ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมระบบปัสสาวะ ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ เจ้าหน้าที่เรียนรู้พัฒนางานและ มีความสุขในการทำงาน

ข. ขอบเขตให้บริการ (Scope of Service)

บริการห้องพิเศษจำนวน ๑๒ ห้อง ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม ที่พ้นภาวะวิกฤติผู้ป่วย ศัลยกรรมสหสาขา ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดโดยมีแพทย์เฉพาะทางเป็นผู้รักษา

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วยและญาติ	๑. ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ๒. ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ ๓. ได้รับการพิทักษ์สิทธิตลอดระยะเวลาที่เข้ารับรักษา ๔. ความสะอาดปลอดภัยและอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสบายภายในห้องพิเศษ
องค์กรพยาบาล	๑. ปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพวิชาชีพ ๒. บุคลิกภาพที่ดีและพฤติกรรมบริการที่เหมาะสม ๓. สุขภาพกายดีและมีความสุขในการทำงาน
เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน	๑. การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ๒. ความสุขในการทำงาน ๓. อุปกรณ์ เครื่องมือที่ได้มาตรฐาน เพียงพอต่อการให้บริการ ๔. ความสะอาดปลอดภัยในสถานที่ทำงาน ๕. การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นไปอย่างราบรื่น
แพทย์	๑. ข้อมูลของผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วนทันต่อเหตุการณ์ ๒. เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทักษะในการให้บริการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค
เจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	๑. ได้รับการปฏิบัติในฐานะบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน ๒. ปฏิบัติตามข้อกำหนดร่วมของแต่ละงานได้อย่างถูกต้อง

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน

๑. การให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
๒. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
๓. บุคลากรมีความสุขในการทำงาน
๔. บริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ

ความท้าทาย

๑. การให้บริการผู้ป่วยหลากหลายแผนก
๒. การเฝ้าระวังและการประเมินผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์
๓. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการ
๔. ไม่เกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ

ความเสี่ยงสำคัญ

๑. ผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์
๒. การเก็บสิ่งส่งตรวจไม่เป็นไปตามข้อกำหนด
๓. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม
๔. Patient Identification

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๑	ผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์	๑. มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามเกณฑ์ของกลุ่มการพยาบาล ๒. ใช้ New score ในการประเมินผู้ป่วยและปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดเมื่อถึงเกณฑ์ ALEART ๓. นิเทศติดตามการปฏิบัติโดยหัวหน้าตึก	๑. อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยถูกต้องร้อยละ ๑๐๐ ๒. อัตราการใช้ New score ในผู้ป่วยทุกประเภท ร้อยละ ๑๐๐ ๓. อัตราการเกิด AE ในผู้ป่วยอาการทรุดลงร้อยละ ๐
๒	การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม	๑. มีแนวปฏิบัติในการส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ๒. นิเทศติดตามการปฏิบัติโดยหัวหน้าตึก	จำนวนการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสมเป็นศูนย์
๓	การเก็บสิ่งส่งตรวจไม่เป็นไปตามข้อกำหนด Blood clot, Hemolysis	๑. ปฏิบัติตามข้อกำหนดในการเก็บสิ่งส่งตรวจ ๒. ส่งพยาบาลร่วมอบรมการเจาะเลือดที่ถูกต้อง	จำนวนอุบัติการณ์การเก็บสิ่งส่งตรวจที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดลดลง
๔	Patient Identification	๑. ปฏิบัติตามเข็มมุ่ง รพ. ในการ Identification คือ ๓ จุดหยุดความเสี่ยง ๒. นิเทศและติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย	จำนวนการ Identification เป็นศูนย์
๕	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	๑. เจ้าหน้าที่แต่งกายถูกต้องและเหมาะสม ๒. เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรม Care D plus ๓. นิเทศและติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย	๑. จำนวนข้อชื่นชม ๒. จำนวนข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการเท่ากับ ๐ ๓. เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรม Care D plus มากกว่า ร้อยละ ๙๐ ๔. ความพึงพอใจผู้ป่วยในมากกว่า ร้อยละ ๘๐

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๖	สมดุลชีวิตกับการทำงานของบุคลากร	๑. จัดตารางเวรให้มีความเหมาะสม ๒. เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพบุคคลากรประจำปีและมีตัวแทนหอผู้ป่วย ๑ คน เป็นแกนนำด้านสุขภาพ ๓. ส่งเสริมความรู้โดยให้เข้ารับการอบรมวิชาการ ๔. สนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมทำบุญตักบาตรประจำเดือน ๕. หัวหน้าหอผู้ป่วยติดตามเจ้าหน้าที่ที่มีปัญหาสุขภาพ	๑. ชั่วโมงการทำงานไม่เกิด ๕๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ๒. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกคน ๓. เจ้าหน้าที่ที่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพได้รับการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง ๔. คะแนนความสุขสมดุลชีวิตกับการทำงานมากกว่าร้อยละ ๗๐
๗	บริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ	๑. เบิกจ่ายวัสดุการแพทย์ตามที่ใช้งานจริงกับผู้ป่วย ๒. มอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบงานเฉพาะวัสดุการแพทย์ ยาสำรองหอผู้ป่วยและ IV Fluid ๓. สุ่มตรวจสอบไขว้ทุกสัปดาห์ ๔. นิเทศและกำกับโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย	๑. จำนวนครั้งของการคืนยา ๒. จำนวนครั้งที่พบยาหรือเวชภัณฑ์หมดอายุ ๓. จำนวนครั้งของการคืน IV Fluid ๔. ผลการสุ่มตรวจสอบพบความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ ๑๐

ฉ.ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

รายการ	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑. จำนวนผู้ป่วยรวม	๘๐๔	๗๘๑	๘๐๙	๑๐๐๙	๑๐๕๐	๑๐๓๖
๒. จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายรวม	๗๐๙	๖๓๘	๗๒๓	๘๘๑	๙๑๐	๙๑๐
- กลับบ้าน	๖๑๕	๕๘๘	๖๕๐	๗๘๖	๘๑๘	๘๑๐
- ส่งต่อ	๒	๔	๐	๐	๑๒	๖
- ถึงแก่กรรม	๖	๘	๑	๘	๔	๕
- ย้ายตึก	๗๗	๑๓๖	๗๒	๘๗	๗๓	๘๖
- ไม่สมัครอยู่	๒	๒	๐	๑	๓	๓
*ขอไปรักษาต่อที่อื่น	๒	๐	๐	๐	๐	ตามสิทธิ์ ๓
*Terminal Care	๑	๐	๐	๑	๐	๐
*อื่นๆ	๐	๒	๐	๐	๐	๐
๓. อัตราตาย	๐.๙๗	๑.๐๒	๐.๑๒	๐.๙๑	๐.๔๔	๐.๔๘
๔. อัตราไม่สมัครอยู่	๐.๓๒	๐.๒๖	๐	๐.๑๑	๐.๓๓	๐.๒๙
๕. LOS	๓.๕๑	๕.๐๓	๖.๒๕	๓.๘๗	๔.๐๓	๓.๙๙
๖. อัตราครองเตียง	๖๒.๙๙(PUI ก.พ.-มิ.ย.)	๘๙.๖๘	๑๕๔.๓๐ รับCovid	๙๖.๘๖	๙๕.๒๗	๙๒.๖๓
๗. อัตราการใช้เตียง	๕.๓๘	๕.๔๒	๗.๔๙	๗.๐๒	๗.๒๙	๗.๐๙

พยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	๗	คน
ผู้ช่วยพยาบาล	จำนวน	๓	คน
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	จำนวน	๑	คน

ข้อมูลพยาบาลเฉพาะทาง ประกอบด้วยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาบริหารการพยาบาล ๑ คน

การจัดอัตรากำลัง ของทีมการพยาบาล

	เวรตึก	เวรเช้า	เวรบ่าย
พยาบาลวิชาชีพ	๒	๒	๒
ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้เป็น	๐	๒	๑

จากการจัดอัตรากำลังดังกล่าว พบว่ายังขาดพยาบาลวิชาชีพ ๑ คน ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ มีการบริหารจัดการโดยมีพยาบาลวิชาชีพจากสงฆ์ ๔ ช่วยปฏิบัติงานเดือนละ ๑ คน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ปิดบริการสงฆ์ ๒ ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม โดยให้พยาบาลวิชาชีพ ๑ คนปฏิบัติงานพิเศษสงฆ์ ๓ พยาบาลวิชาชีพอีก ๔ คนปฏิบัติงานตึกอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง NA ปฏิบัติงานพิเศษสงฆ์ ๓ ๑ คน อีก ๔ คนปฏิบัติงานตึกอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง

๓. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

นอกจากเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่อยู่ประจำหอผู้ป่วย สามารถยืมใช้ เครื่อง V Scan /Ultrasound ได้ จากศูนย์เครื่องมือแพทย์

กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
๑.การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ ๑.๑.การประเมินแรงแรับ/รับใหม่/รับย้าย	- ผู้ป่วยได้รับการจำแนกประเภท ประเมินอาการ ปัญหาและความต้องการทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วยโดยพยาบาล - ปัญหาผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องและสามารถตรวจพบปัญหาสำคัญได้ทันเวลา - ปัญหาที่พบได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที	- จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์ที่เป็น AE เท่ากับ ๐
๒.การวางแผนการดูแล -การดูแลตามกลุ่มโรค -การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด	- แผนการพยาบาลมีความครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง -แผนการพยาบาลมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและกำหนดเป้าหมายในการพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล - ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสัมพันธ์กับข้อมูลที่ประเมินได้และได้รับการช่วยเหลือในเวลาที่เหมาะสม	-จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์ระดับ G-I เท่ากับ ๐ - จำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราผลกดทับระดับ ๒ เท่ากับ ๐ จำนวนผู้ป่วยเกิด Falling เท่ากับ ๐ -อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล HAP เท่ากับ ๐ UTI ๐.๐๓ (เท่ากับ ๑ ราย) Phlebitis เท่ากับ ๐

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
	- มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนการรักษา - การรักษาพยาบาลเป็นไปตามกระบวนการรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญรวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย - ครอบคลุมผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล - การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเป็นไปแนวทางในแต่ละกลุ่มโรค/หัตถการ - ติดตามดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสมกับสถานะผู้ป่วยและกลุ่มโรค/หัตถการ	SSI เท่ากับ ๐ -จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง ๑๘ ราย -การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสมเท่ากับ ๓ ราย
๓.การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	- ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัวมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง - ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองปัญหาความเจ็บป่วยที่สอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมและสังคมของตนเอง	- อัตรา Readmit ภายใน ๒๘ วันด้วยโรคเดิม เท่ากับ ๐
๔.การดูแลต่อเนื่อง -การจำหน่าย -การนัดติดตาม	-มีการเตรียมความพร้อม แจ้งผู้ป่วยและญาติ -ปฏิบัติตามแนวทางจำหน่ายแต่ละกลุ่มโรค -ประสานงานกับทีมสหสาขาหรือหน่วยงานที่จะรับส่งต่อผู้ป่วย -นัดหมายผู้ป่วยตามแนวทางของกลุ่มโรค -ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว สามารถร้องขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นๆเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	-จำนวนครั้งของการนัดหมายที่ผิดพลาดเท่ากับ ๑ -ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์IMCได้รับการส่งเยี่ยมบ้าน ๑๐๐%

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๖๔	ปี ๖๕	ปี ๖๖	ปี ๖๗	ปี ๖๘
๑.จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดหนักหลังรับไว้ ๘ ชม.	๐	๐	๐	๑	๑	๓
๒.จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดหนักหลังรับไว้ ๒๔ ชม	๐	๐	๑	๒	๔	๒
๓.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	๐	๑	๐	๐	๐	๐
๔.อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ๒ขึ้นไป	ร้อยละ ๐	๐	๐	๐	๐	๐
๕. ๕.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล						
-HAP		๐	๐	๐	๐	๐
-CAUTI		๐	๑	๐	๐	๑
-Phlebitis		๐	๐	๐	๐	๐
๖.จำนวนครั้งการเกิด Drug Admin Error E up	๐	๐	๐	๑	๒	๐
๗.ข้อผิดพลาดจากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ		๒	๓	๒	๕	๔
๘.จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้ม	๐	๐	๑	๐	๐	๑
๙.อัตราการ Re-admission ภายใน ๒๘ วัน ด้วยโรคเดิม		๐	๐	๐	๔	๐
๑๐.จำนวนครั้งของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม	๐	NA	๘	๐	๐	๓
๑๑.การนัดผู้ป่วยมาตรวจตามนัดผิดพลาด		๐	๐	๐	๐	๒
๑๒.จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ HHCที่ได้รับการส่งเยี่ยมบ้าน	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๙๖	๑๐๐
๑๓.คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ร้อยละ ๘๕	NA	๘๖.๒๖	๘๙.๒๑	๘๕.๑๗	๘๙.๓๑
๑๔.จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ	๐	๐	๐	๐	๑	๐
๑๕.คะแนน Audit บันทึกรักษาทางพยาบาล	ร้อยละ ๘๕	๘๓.๑๑	๗๗.๑๙	๘๓.๖๖	๙๑.๖๗	๙๓.๕

๔. กระบวนการหรือระบบงานพัฒนาคุณภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายและคุณภาพ

๔.๑ การพัฒนาคุณภาพที่บรรลุเป้าหมาย

๔.๑.๑ การนิเทศติดตามการใช้เครื่องมือ NEWS score, Braden score , Morse score หอผู้ป่วยพิเศษ สงฆ์ ๓ ได้ดำเนินการใช้ NEWS score ในการประเมินผู้ป่วยรับย้ายทุกราย และดูแลผู้ป่วยรวมถึงการบริหารจัดการตาม Score ที่ประเมินได้ การนำเอาเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย เช่น Braden score , Morse score ในการประเมิน เพื่อทำกิจกรรมในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดแผลกดทับ และลื่นล้ม/ตกเตียง ซึ่งทำให้ในปี ๒๕๖๗ ไม่พบการเกิดแผลกดทับ และไม่มีผู้ป่วยลื่นล้ม/ตกเตียง

๔.๑.๒ การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่หมดหวังปัจจุบัน มีแพทย์และพยาบาลที่ทำหน้าที่ทางด้านนี้โดยเฉพาะ ระบบการปรึกษาที่ชัดเจน ในกรณีที่เข้าเกณฑ์ของการทำ Advance care plan หรือ Palliative care แพทย์เจ้าของไข้จะเขียนใบปรึกษา และพยาบาลถ่ายรูปส่งไปในไลน์กลุ่มได้โดยตรง แพทย์และหรือพยาบาล Palliative จะมาเยี่ยมเคส ให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับโรคและอาการ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พบผู้ป่วยได้เข้า Palliative care ๘ รายในปีงบประมาณ ๒๕๖๘

๔.๒ การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

๔.๒.๑ การใช้เครื่องมือ One day One chart เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมและการเขียนบันทึกทางการพยาบาลครบถ้วน

๔.๒.๒ การบริหารจัดการวัสดุการแพทย์ให้เพียงพอ พร้อมใช้ และไม่หมดอายุ โดย

- การเบิกวัสดุการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วยโดยเบิกใน PMK ทุกเวอร์โดยพยาบาล
- ตรวจสอบวัสดุการแพทย์ที่มีอยู่จริงเทียบกับจำนวนใน PMK โดยผู้ช่วยพยาบาลทุกเดือน

๔.๒.๓ การเจาะเลือดเพื่อลด Blood clot , Blood hemolysis มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

Blood clot , Blood hemolysis จาก ปีงบประมาณ ๖๗ ร้อยละ ๑.๕ เป็นร้อยละ ๓.๕๖ ในปีงบประมาณ ๖๘

๔.๒.๔ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม โดย Implement แบบฟอร์มการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของคณะกรรมการห้องผ่าตัด และติดตามการเกิดอุบัติการณ์ พบว่ายังมีการเตรียมผ่าตัดไม่เหมาะสม ๓ ราย ดังนี้

๑. ไม่ได้ระบุข้างที่ต้องการผ่าตัดในใบยินยอมทำหัตถการ ๑ ราย
๒. ไม่ได้ระบุข้างที่ต้องการผ่าตัดในการ set ผ่าตัดใน คอมพิวเตอร์ ๑ ราย
๓. เขียนชื่อการผ่าตัดไม่ถูกต้อง ๑ ราย

ที่มา : หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ ๓

◆ หอผู้ป่วยสงฆ์และศัลยกรรมระบบปัสสาวะ

๑. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

หอผู้ป่วยสงฆ์และศัลยกรรมระบบปัสสาวะให้บริการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยพระภิกษุ สามเณร ผู้ป่วย ศัลยกรรมระบบปัสสาวะชาย รับฝากผู้ป่วยชายในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม ตามกระบวนการรักษาแต่ละราย โรคภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ครอบครัวและผู้ดูแลมีความรู้รวมถึงทักษะที่จำเป็นในการดูแล ต่อเนื่อง มีความพึงพอใจต่อการบริการรักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่เรียนรู้พัฒนางานและมีความสุขในการทำงาน

ข. ขอบเขตให้บริการ (Scope of Service)

บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยพระภิกษุ สามเณรด้วยเตียงสามัญจำนวน ๘ เตียง ห้องพิเศษ ๒ ในทุกกลุ่มโรค ให้การรักษาและผ่าตัดรวมถึงการส่องกล้องและการสลายนิ่วผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะในจังหวัดลำพูน และเขตรอยต่อจังหวัดเชียงใหม่จำนวน ๑๕ เตียง ยกเว้นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบปัสสาวะที่ต้องได้รับการรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัดหรือการใช้รังสีรักษา รวมถึงรับฝากผู้ป่วยชายจากแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม

ค. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

รายการข้อมูล	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
๑.จำนวนผู้ป่วยรวม	๑๔๘๗	๑๕๗๓
๒.จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายรวม	๑๔๔๒	๑๕๖๓
-กลับบ้าน	๑๒๐๑	๑๓๖๙
-ส่งต่อ	๑	๒
-ถึงแก่กรรม	๕	๕ (PC.)
-ย้ายตึก	๒๓๕	๑๙๓
-ไม่สมัครอยู่	๐	๒
*ขอไปรักษาต่อที่อื่น	๐	๑
*Terminal Care	๐	๑
*อื่นๆ	๐	๐
๓.อัตราตาย	๐.๓๓	๐.๓๔
๔.อัตราไม่สมัครอยู่	๐	๐.๑๔
๕.LOS	๓.๐๔	๓.๑๓
๖.อัตราครองเตียง	๕๗.๒	๕๖.๕
๗.อัตราการใช้เตียง	๕.๒๙	๕.๒๕
๗.จำนวนเจ้าหน้าที่	๑๓	๑๒
RN	๑๐	๙
PN	๑	๑
NA	๒	๒

รายงานข้อมูลปริมาณงาน	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
ผู้ป่วยรวม	๑๔๘๗	๑๕๗๓
ผู้ป่วยพระ	๑๗๖	๒๒๐
- ศัลยกรรมทั่วไป	๕๔	๔๗
- อายุรกรรม	๘๔	๑๑๐
- ศัลยกรรมกระดูก	๑๔	๒๖
- กุมาร	๐	๐
- ระบบปัสสาวะ	๑๙	๑๗
- หูดอกมูก	๒	๕
- ตา	๓	๑๐
นักโทษ	๐	๑๒
ระบบปัสสาวะ	๑๑๐๑	๑๐๑๑
- Renal calculi	๒๕๗	๒๑๙
- Ureter calculi	๒๑๖	๒๐๕
- BPH	๑๘๕	๑๓๗
- Cancer	๑๐๗	๘๖
- VC	๒๒	๑๔
- อื่นๆ	๓๑๔	๓๕๐

๒. ด้านบุคลากร

ศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	พนักงานทำความสะอาด
๒ คน	๙ คน	๑ คน	๒ คน	๑ คน

ข้อมูลพยาบาลเฉพาะทาง ไม่มีพยาบาลเฉพาะทางระบบปัสสาวะ

การจัดอัตรากำลังของทีมการพยาบาล

จำแนกเป็น พยาบาลวิชาชีพเวรเช้า ๓ เวรบ่าย ๒ และเวรดึก ๒

ผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยเหลือคนไข้เวรละ ๑ คน

๓. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ	
	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
เครื่องตรวจ Ultrasound	๑ เครื่อง	๑ เครื่อง

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

รายงานข้อมูล	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดลงหลังรับไว้ ๘ ชม	๑	๒
จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดลงหลังรับไว้ ๒๔ ชม	๓	๘
จำนวนผู้ป่วย CPR	๒	๑
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดการณ์	๐	๐
การเตรียมผ่าตัดไม่เหมาะสม	๑๒	๑๘
การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่เหมาะสม	๑	๑
Administration error (ระดับ E)	๒	๐
ผู้ป่วย Falling	๑	๐
ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับระดับ ๒ ขึ้นไป	๑	๑
Patient Identification (ระดับ E)	๐	๐
ผู้ป่วย Readmit ภายใน ๒๘ วัน	๕	๓๔
คะแนน Audit เวชระเบียน	๘๘	๙๐

ที่มา : หอผู้ป่วยสงฆ์และศัลยกรรมระบบปัสสาวะ

◇ กลุ่มภารกิจทันตกรรม

๑.บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose) : กลุ่มงานทันตกรรมมีหน้าที่ให้การรักษาทางทันตกรรมตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of service) : ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ทางทันตกรรมทั่วไปและเฉพาะทางแก่ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และประชาชนในชุมชนเขตความรับผิดชอบ รวมถึงรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน โดยมีหน่วยบริการสองแห่ง คือ คลินิกทันตกรรมชั้น ๒ อาคาร ๑๐๐ ปี โรงพยาบาลลำพูน และคลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลลำพูน สาขาเวียงยอง

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วย	ได้รับบริการทางทันตกรรมอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย
เครือข่าย รพ.สต.	สนับสนุนและให้คำปรึกษาการดำเนินงานทันตกรรมในรพ.สต.
รพช.ใน จ.ลำพูน	ผู้ป่วยที่ส่งมาปรึกษาทางทันตกรรมได้รับการรักษาที่ถูกต้องและปลอดภัย

จ. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues) ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคในช่องปากตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างถูกต้อง ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๒. ข้อมูลอัตรากำลังทันตบุคลากร มีจำนวนทั้งหมด ๔๗ คน ดังนี้

๑. ทันตแพทย์	๑๘
๒. นักวิชาการสาธารณสุข	๑
๓. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตภิบาล)	๓
๔. ผู้ช่วยทันตแพทย์	๑๗
๕. ช่างทันตกรรม	๑
๖. พนักงานช่วยเหลือคนไข้	๔
๗. ผู้ช่วยพยาบาล	๒
๗. เจ้าพนักงานธุรการ	๑

ทันตแพทย์เฉพาะทาง ๘ สาขา

๑. สาขา ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล	
- วุฒิบัตร ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล	๑
- อนุมัติบัตร ทันตนิติวิทยา	๑
๒. สาขาทันตกรรมเด็ก	๓
๓. สาขาทันตกรรมจัดฟัน	๑
๔. สาขาทันตกรรมประดิษฐ์	๒
๕. สาขาเอนโดดอนต์	๑
๖. สาขาทันตกรรมปริทันต์	๑
๗. สาขาทันตกรรมทั่วไปขั้นสูง (วุฒิบัตร Super GP)	๑

๓. จำนวนยูนิตทันตกรรม มีจำนวนทั้งหมด ๑๒ ยูนิต ดังนี้

(รพ.ลำพูนสาขาเวียงยอง ๑๐ ยูนิต , รพ.ลำพูน ๒ ยูนิต)

๑. ห้องตรวจ	๑	ยูนิต
๒. งานส่งเสริม	๑	ยูนิต
๓. งานรักษาทั่วไป และเฉพาะทาง	๑๐	ยูนิต

ผลการดำเนินงานการให้บริการทันตกรรม

การให้บริการทันตกรรมในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ มีจำนวนผู้ที่มารับบริการทั้งหมด ๑๖,๖๗๒ คน ๓๐,๗๙๗ ราย ๗๘,๓๑๓ งานจากวันทำการ ๒๔๔ วัน เฉลี่ยมีผู้รับบริการทั้งหมด ๑๒๗ รายต่อวัน จำแนกตามประเภทผลงานการให้บริการ ดังนี้

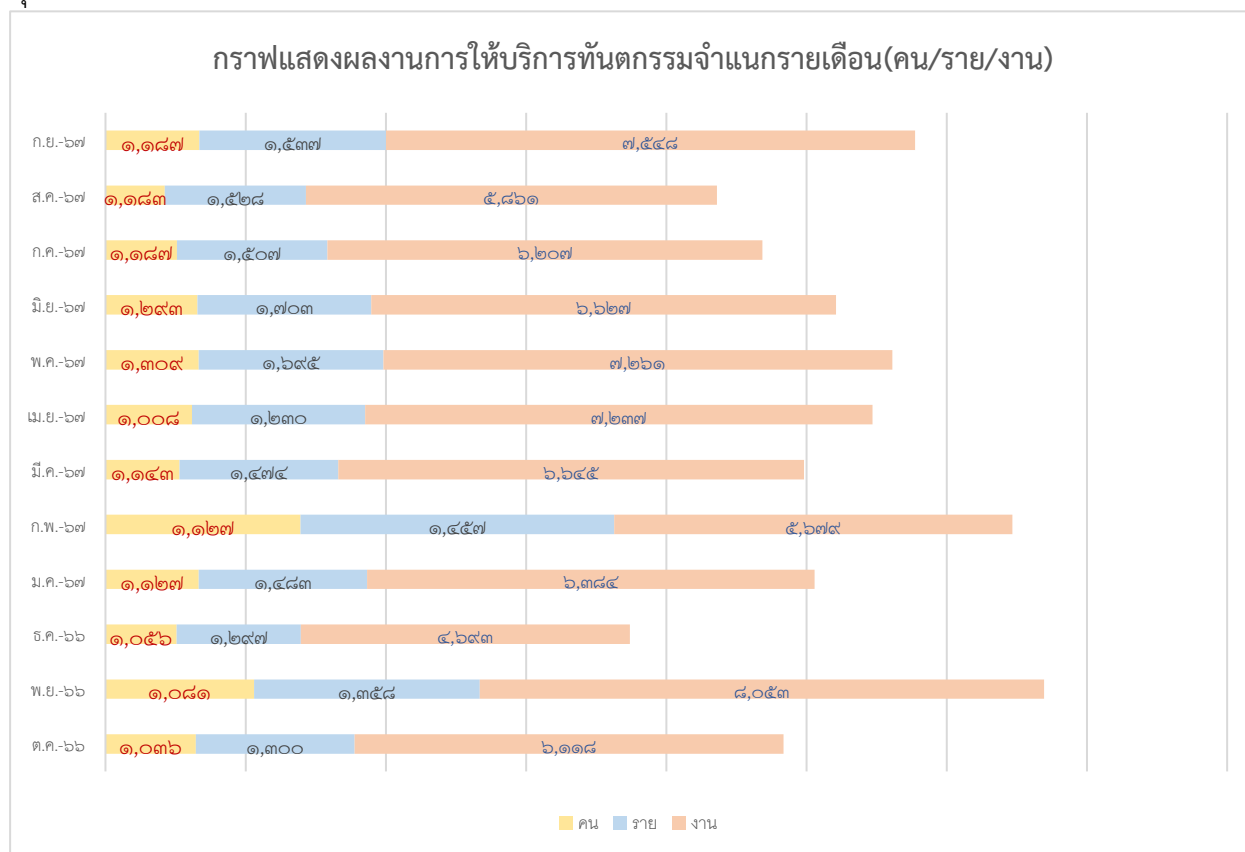
ประเภทผลงานการให้บริการ	คน	ราย	งาน
๑. การให้บริการผู้ป่วยทันตกรรมทั้งหมด	๑๖,๖๗๒	๓๐,๗๙๗	๗๘,๓๑๓
๒. การให้บริการผู้ป่วยใน	๑๓๙	๑๓๙	
๓. การส่งต่อผู้ป่วยไปศูนย์บริการที่สูงกว่า (Refer Out)	๑๔	๑๔	
๔. การรับผู้ป่วยจากสถานบริการอื่น (Refer In)	๑๑๔	๑๒๒	

หมายเหตุ :

คน คือ จำนวนประชาชนทั้งหมดทุกกลุ่มอายุที่ได้รับบริการทันตกรรม นับจาก HN (คนใหม่ที่มาใช้บริการในปีนั้น)

ราย คือ จำนวนครั้งที่ประชาชนทั้งหมดทุกกลุ่มอายุได้รับบริการทันตกรรมทุกครั้งรวมกันทั้งปี

งาน คือ ชนิดของการบริการทันตกรรมที่ประชาชนทั้งหมดทุกกลุ่มอายุได้รับบริการทันตกรรมนับรวมทุกชนิดของการบริการทันตกรรม



ผลการดำเนินงานการส่งต่อและรับผู้ป่วยทางทันตกรรม

๑ การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรม (Refer Out)

การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมปีงบประมาณ ๒๕๖๘ จำนวนทั้งหมด ๑๔ คน ๑๔ ราย จำแนกตามกลุ่มโรคและสาเหตุการส่งต่อ ดังนี้

กลุ่มโรค	ราย		
๑) K๐๗ - K๐๙ TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISORDERS/DEVELOPMENTAL ODONTOGENIC CYSTS / LOSS OF TEETH	๓	๖) K๐๔ NECROSIS OF PULP	๑
		๗) อื่นๆ	๓
๒) C๐๕ - C๐๖ MALIGNANT NEOPLASM OF PALATE / HARD PALATE/MOUTH	๒	สาเหตุการส่งต่อ	ราย
๓) L๔๓ LICHEN PLANUS	๒	๑) เพื่อไปตามนัดที่ FOLLOW UP	๘
๔) K๐๑ EMBEDDED AND IMPACTED TEETH	๒	๒) เกินศักยภาพด้านเครื่องมือ	๔
๕) L๑๒๙ PEMPHIGOID	๑	๓) เกินศักยภาพด้านการแพทย์เฉพาะ ทาง	๑
		๔) อื่นๆ	๑

๒ การรับผู้ป่วยจากสถานบริการอื่น (Refer In)

การรับผู้ป่วยจากสถานบริการอื่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ จำนวนทั้งหมด ๑๑๔ คน ๑๒๒ ราย จำแนกตามสถานบริการ และกลุ่มโรค ๑๐ อันดับแรก ดังนี้

๑) จำแนกตามสถานบริการ

ลำดับ	สถานบริการ	คน	ราย
๑)	รพช.แม่ทา	๔๐	๔๑
๒)	รพช.บ้านโฮ้ง	๑๔	๑๔
๓)	รพช.ศิริเวช	๑๓	๑๘
๔)	รพช.ลี่	๑๓	๑๓
๕)	รพช.ป่าซาง	๑๑	๑๑
๖)	รพ.เวียงหนองล่อง	๘	๙
๗)	รพช.ทุ่งหัวช้าง	๗	๗
๘)	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองลำพูน	๔	๕
๙)	รพช.บ้านธิ	๓	๓
๑๐)	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	๑	๑

๒) จำแนกตามกลุ่มโรค

ลำดับ	กลุ่มโรค	คน	ราย
๑)	K๐๔ : DISEASES OF PULP AND PERIAPICAL TISSUES	๒๘	๓๒
๒)	S๐๒ : FRACTURE OF TOOTH AND MAXILLARY AND MANDIBLE AND ORBITAL FLOOR	๒๕	๒๕
๓)	Z๐๑๒ , Z๐๔๕ : DENTAL EXAMINATION / EXAMINATION AND OBSERVATION FOLLOWING OTHER INFLICTED INJURY	๑๓	๑๓
๔)	K๐๑๐ , K๐๑๑ : EMBEDDED AND IMPACTED TEETH	๑๑	๑๑
๕)	K๑๐ – K๑๓ : OTHER DISEASES OF JAW , LIP AND ORAL MUCOSA	๘	๘
๖)	K๐๒ : DENTAL CARIES	๖	๖
๗)	K๐๘๑ : LOSS OF TEETH DUE TO ACCIDENT, EXTRACTION OR LOCAL PERIODONTAL DISEASES	๕	๕
๘)	L๔๓๘ , L๔๓๙ : LICHEN PLANUS	๔	๔
๙)	K๐๕ : CHRONIC GINGIVITIS / PERIODONTITIS	๓	๓
๑๐)	อื่นๆ	๑๑	๑๕

ตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุขตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
ตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ จังหวัดลำพูน		
- ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน	๑๐๐	๑๐.๖๕
- ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก	๑๐๐	๒๓.๙๑
ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
- อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน(คน)	๓๕	๗๙.๕๓
- อัตราเด็ก ๐-๒ ปีได้รับการเคลือบหรือทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน)	๕๐	๒๐.๘๙
- อัตรากลุ่มผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	๒๐	๖.๘๐
- จำนวนครั้งบริการสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร (ครั้ง)	๖๑,๓๓๐	๓๕,๘๐๓
- ระยะเวลารอคอยนัดอุดฟัน ไม่เกิน ๑ เดือน		ไม่มีคิว
ตัวชี้วัดกรมอนามัย		
- ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน	๕๕	๑๐.๖๕
- ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๗๐	๙.๐๙
- ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ Plaque Control	๕๕	๔๘.๕๖
- ร้อยละของเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free)	๗๕	๖๙.๔๙
- ร้อยละของเด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๕๐	๒๒.๒๖
- ร้อยละของเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๕๕	๒๘.๗๘
- ร้อยละของเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบหรือทาฟลูออไรด์ฟลูออไรด์เฉพาะที่	๕๕	๒๑.๘๗
- ร้อยละของเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๕๕	๒๒.๗๔
- ร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free)	๗๓	๗๕
- ร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๕๐	๖.๑๙
- ร้อยละของกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ ที่ได้รับการคัดกรอง PMDs	๕๐	๕๖.๙๒
- ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๔๐	๖.๗๖
- ร้อยละของกลุ่มวัยสูงอายุ ที่ได้รับการคัดกรอง PMDs	๕๐	๕๘.๔๖
- ร้อยละของผู้สูงอายุ มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย ๒๐ ซี่	๖๕	๕๖.๘๕
ตัวชี้วัดตามโครงการเฉลิมพระเกียรติ		
โครงการ	เป้าหมาย	ผลงาน
๑) ราชทัณฑ์ปันสุข		
- ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๖๐	๘๒.๖๕
- ได้รับบริการทันตกรรม	๓๐	๓๑.๓๖

ที่มา : กลุ่มงานทันตกรรม

◆ ศูนย์สนับสนุนการบริการทางการแพทย์ (โลจิสติก) กลุ่มงานบริหารทั่วไป

๑. บริบท (Context)

การขนส่งสินค้า ถูกต้อง ถูกสถานที่ ถูกเวลา และสินค้าปลอดภัย

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

ศูนย์สนับสนุนการบริการทางการแพทย์ มีหน้าที่บริหารจัดการ การลำเลียง เคลื่อนย้าย ขนส่งสินค้า เพื่อให้เกิดการไหลเวียนสินค้า จากศูนย์กระจายสินค้า ส่งถึงผู้รับ ภายใต้มาตรฐานงานบริการขนส่ง ด้วยการบูรณาการระบบร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาลลำพูน โดยมีเป้าหมายเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ช่วยให้วัสดุและสินค้าไหลเวียนได้ต่อเนื่อง ลดเวลารอคอยในกระบวนการจัดส่ง ลดต้นทุนความสูญเปล่าของการใช้แรงงาน จากการเคลื่อนย้ายที่ไม่จำเป็น เพิ่มความปลอดภัยของทรัพย์สิน ด้วยการประยุกต์ให้ใช้ได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลต่อการสนับสนุนภารกิจการให้บริการรักษาพยาบาลของหน่วยงานภายใน สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการมีความสุข

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

ให้บริการลำเลียงขนส่งสินค้าภายในพื้นที่โรงพยาบาลลำพูน ประกอบด้วย ๘ กิจกรรม ได้แก่ การขนส่งผ้าเปื้อน การขนส่งน้ำดื่ม การขนส่งน้ำยาฟอกไต การขนส่งยาผู้ป่วยใน การขนส่งน้ำเกลือ การขนส่งยาน้ำ การขนส่งวัสดุวิทยาศาสตร์ และการขนส่งวัสดุทั่วไป-การแพทย์ โดยมีแผนการปฏิบัติงานประจำวัน เป็นเครื่องมือกำกับการให้บริการ ดังนี้-

๑. วันราชการ ปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา ๐๗.๐๐ – ๑๕.๐๐ น.

เวลา ๐๗.๐๐ – ๐๙.๓๐ น.	ขนส่งผ้าเปื้อนทั่วไป และผ้า OR (รอบที่ ๑)
เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๐.๐๐ น.	ขนส่งน้ำดื่ม/น้ำยาฟอกไต
เวลา ๑๐.๐๐ – ๑๑.๐๐ น.	ขนส่งผ้าเปื้อนทั่วไป (รอบที่ ๒)
เวลา ๑๑.๐๐ – ๑๑.๓๐ น.	ขนส่งยาห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน (รอบที่ ๑)
เวลา ๑๒.๓๐ – ๑๓.๓๐ น.	ขนส่งผ้าเปื้อน (รอบที่ ๓) เฉพาะผ้า OR
เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๕.๐๐ น.	ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังนี้-
เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๕.๐๐ น.	ขนส่งน้ำเกลือ
เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๕.๐๐ น.	ขนส่งยาน้ำ (สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง เฉพาะวันพฤหัสบดี)
เวลา ๑๔.๐๐ – ๑๔.๓๐ น.	ขนส่งยาห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน (รอบที่ ๒)
เวลา ๑๔.๓๐ – ๑๕.๐๐ น.	ขนส่งวัสดุทั่วไปและวัสดุการแพทย์
เวลา ๑๔.๓๐ – ๑๕.๐๐ น.	ขนส่งวัสดุวิทยาศาสตร์ (สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง เฉพาะวันพุธ)

๒. วันหยุดราชการ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา ๐๗.๐๐ – ๑๑.๐๐ น.

แผนการปฏิบัติงาน : ขนส่งผ้าเปื้อนทั่วไป และ ผ้า OR จำนวน ๒ รอบ หรือปรับเพิ่มจำนวนรอบตาม

สถานการณ์หน้างาน

: ขนส่งน้ำยาฟอกไต

ก. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ลูกค้าภายนอก ผู้ป่วยและญาติ	สินค้ารายการที่ต้องใช้โดยตรงในการรักษาพยาบาล เช่น น้ำเกลือ ยาผู้ป่วย วัสดุการแพทย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์ ส่งถูกหน่วยงาน ทันเวลา สินค้าไม่ชำรุด เสียหาย
ลูกค้าภายใน ๑.ผู้บริหาร ๒.เจ้าหน้าที่	-ให้บริการตามกระบวนการ และรักษามาตรฐานงานบริการขนส่ง -มีส่วนร่วมในการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในภาพรวม -สามารถใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า ประหยัด และเกิดประโยชน์สูงสุด -สินค้าทุกประเภท ลำเลียงขนส่ง ถูกหน่วยงาน ทันเวลา สินค้าไม่ชำรุดเสียหาย -ได้รับความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา ประสานงานรวดเร็ว -เข้าถึงบริการได้ง่าย บริการประทับใจ -มีโอกาสดูแลร่วมแสดงความคิดเห็นต่อการพัฒนางาน -เกิดการเรียนรู้ การพัฒนาตนเอง ในมิติที่เกี่ยวข้อง -เกิดความปลอดภัยในทุกขั้นตอนจากการปฏิบัติงาน

ข. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

เน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง โดยมีกระบวนการทำงานตามภารกิจหลัก คือ สินค้าทุกประเภท ลำเลียงขนส่ง ถูกหน่วยงาน ทันเวลา สินค้าไม่ชำรุดเสียหาย ลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุและได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ พื้นที่ปฏิบัติงานได้รับการดูแล บำรุงรักษาเบื้องต้น มีความพร้อมใช้งานมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

ค. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ความท้าทาย

๑. สินค้าทุกรายการ ส่งถึงผู้รับ ถูกต้อง ทันเวลา สินค้าไม่เกิดความเสียหาย

๒. เครื่องมือ มีความพร้อมใช้

๓. ผู้ปฏิบัติงาน มีความปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน

ความเสี่ยงสำคัญ

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์
๑	มาตรฐานการบริการขนส่ง	-มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการขนส่ง ป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายของสินค้า -มีการตรวจเช็คสินค้าร่วมกันระหว่างหน่วยจ่าย หน่วยขนส่ง และหน่วยเบิกทุกครั้ง	-สินค้าทุกรายการ ส่งถึงผู้รับ ถูกต้องทันเวลา สินค้าไม่เกิดความเสียหาย ร้อยละ ๑๐๐ -ความพึงพอใจของผู้รับบริการ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป
๒	เครื่องมือพร้อมใช้	-เจ้าหน้าที่หน่วยงาน ดูแลและบำรุงรักษาเครื่องมือเบื้องต้นตามแผนการปฏิบัติงาน -หากพบการชำรุด ประสานการแจ้งซ่อมทันที และรายงานผู้บังคับบัญชาชั้นต้นรับทราบ	-เจ้าหน้าที่หน่วยงาน เกิดความตระหนัก มีส่วนร่วมต่อการรักษาทรัพย์สินของราชการ -เครื่องมือ มีความพร้อมใช้มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป
๓	ความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน	- เจ้าหน้าที่ได้เข้ารับการอบรมด้านอาชีวอนามัย หรือภัยคุกคามจากการปฏิบัติงาน - เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักในการสวมใส่ชุดปฏิบัติงานขณะสัมผัสกับผ้าเปื้อนหรือสิ่งปนเปื้อนทุกครั้ง - เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแผนงานการตรวจสอบความปลอดภัยของเครื่องมือ ก่อนการปฏิบัติงานทุกครั้ง - ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง	-การเกิดการบาดเจ็บของผู้ปฏิบัติงานขณะปฏิบัติงาน เท่ากับร้อยละ ๐
๔	ความปลอดภัยและ ความสะอาดด้านสถานที่ปฏิบัติงาน	-เจ้าหน้าที่ ปฏิบัติตามแผนการดูแลและรักษาความสะอาด -หากพบการชำรุด ประสานการแจ้งซ่อมและรายงานผู้บังคับบัญชาชั้นต้นรับทราบ	-สถานที่ปฏิบัติงาน สะอาดและปลอดภัย ร้อยละ ๑๐๐

ง. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

๑. ด้านบุคลากร (อัตรากำลัง) จำนวน ๔ คน ประกอบด้วย

- ๑.๑ พนักงานราชการ จำนวน ๑ คน (ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป)
 ๑.๒ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๓ คน (ตำแหน่งพนักงานประจำห้องยา พนักงานบริการและพนักงานซักฟอก)

๒. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ที่สำคัญ

- ๒.๑ รถไฟฟ้า จำนวน ๕ คัน
 ๒.๒ คอมพิวเตอร์ จำนวน ๒ ชุด
 ๒.๓ เครื่องปรับอากาศ จำนวน ๑ เครื่อง

๓. ลักษณะสำคัญของงานและปริมาณงาน

กิจกรรม	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๑. ขนส่งผ้าเปื้อน	กิโลกรัม	๓๙๖,๖๘๖.๕๐	๘๔๕,๒๑๙	๙๐๙,๑๔๘
๒. ขนส่งน้ำดื่ม	หน่วยเบิก น้ำหนักรวม (กก.)	๘๔๐ ๙๐,๕๗๔	๑,๗๐๐ ๑๘๖,๕๔๕	๖๙๒ ๘๑,๓๘๒
๓. ขนส่งน้ำยาฟอกไต	ถัง น้ำหนักรวม (กก.)	-	-	๘,๓๔๓ ๔๑,๖๙๕
๔. ขนส่งวัสดุทั่วไปและการแพทย์	หน่วยเบิก น้ำหนักรวม (กก.)	๔๕๒ ๗,๓๖๗.๖	๑๐๗๑ ๑๗๔,๖๐๐	๒,๒๖๙ ๑๘๖,๔๐๐
๕. ขนส่งวัสดุวิทยาศาสตร์	หน่วยเบิก น้ำหนักรวม (กก.)	๕๗ ๓,๕๓๔	๔๙๕ ๓๐,๘๐๐	๔๔๕ ๒๐,๒๐๐
๖. ขนส่งยาน้ำ	หน่วยเบิก น้ำหนักรวม (กก.)	๑๐๐ ๒,๔๗๔	๕๘๔ ๑๔,๔๕๐	๖๑๑ ๑๗,๘๕๐
๗. ขนส่งยาผู้ป่วยใน	หน่วยเบิก น้ำหนักรวม (กก.)	๙๐๙ ๑,๗๔๕.๒๘	๗,๕๔๑ ๑๔,๕๕๐	๗๓๙๖ ๑๔,๒๒๐
๘. ขนส่งน้ำเกลือ	หน่วยเบิก กล่อง น้ำหนักรวม (กก.)	๖๕๔ ๓,๓๓๙ ๓๓,๓๙๐	๕,๕๒๔ ๒๕,๕๕๓ ๒๕๕,๕๓๐	๕,๔๘๓ ๒๗,๘๔๙ ๒๗๘,๔๙๐

หมายเหตุ ๑. ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ข้อมูล ตั้งแต่ ๑๖ มีนาคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

๒. ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ขนส่งน้ำดื่ม ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๗ - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ และขนส่งน้ำยาฟอกไตแทน ตั้งแต่เดือนมีนาคม ๒๕๖๘ เป็นต้นมา

๒. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๑. การเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงาน	๑. ผู้ปฏิบัติงานแต่งกายได้ถูกต้องตามมาตรฐาน IC. ๒. เครื่องมือ เครื่องใช้ อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี	๑. จำนวนครั้งของเจ้าหน้าที่แต่งกายไม่ถูกต้องขณะปฏิบัติงาน ๒. อุบัติการณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ชำรุด ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน
๒. ความปลอดภัยด้านสถานที่และบรรยากาศที่เอื้อต่อการทำงาน	๑. สถานที่รับ-ส่งสินค้า มีความปลอดภัยและสนับสนุนต่อการปฏิบัติงาน ๒. สถานที่จอดรถไฟฟ้า มีความสะอาดและปลอดภัย	๑. จำนวนครั้งของเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานที่ไม่เอื้ออำนวย ๒. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุที่ส่งผลต่อผู้ใช้พื้นที่บริเวณใกล้เคียง ๓. สถานที่ปฏิบัติงาน เป็นไปตามมาตรฐาน IC.

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๓. การขนส่งสินค้า ทุกประเภทได้มาตรฐาน	๑. ผู้รับบริการได้รับสินค้าถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา สินค้าปลอดภัย ๒. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีกิริยาและ มารยาทที่สุภาพ ๓. เจ้าหน้าที่ใช้รถไฟฟ้าถูกประเภทในการ ขนส่งสินค้า	๑. จำนวนครั้งข้อร้องเรียนด้านคุณภาพ ๒. จำนวนครั้งข้อร้องเรียนด้าน พฤติกรรมบริการ ๓. จำนวนครั้งของการใช้รถไฟฟ้า ผิดคัน ๔. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุ ในขณะที่ใช้รถไฟฟ้า
๔. กระบวนการคู่ขนาน -การป้องกันการติดเชื้อ/ บาดเจ็บจากการทำงาน -การออกกำลังกาย -การทำงานเป็นทีม -ความสุขในการทำงาน	๑. เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความเข้าใจในการ ทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อมุ่งให้เกิด ประสิทธิภาพในงาน ๒. เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงภัยคุกคาม และ ภาวะสุขภาพของตนเอง ๓. มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงาน ๔. เจ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงาน	๑. อุบัติการณ์ด้านอาชีวอนามัย ๒. ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลลำพูน

๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดสำคัญ (KPI)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน(ร้อยละ) (๔ ปี ย้อนหลัง)			
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. จำนวนครั้งที่ได้รับร้องเรียนคุณภาพบริการ	๐ ครั้ง/ปี	N/A	๐	๐	๐
๒. จำนวนครั้งที่ได้รับร้องเรียนพฤติกรรมบริการ	๐ ครั้ง/ปี	N/A	๒	๑	๐
๓. จำนวนครั้งที่เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน	๖ ครั้ง/ปี	N/A	๑	๑	๐
๔. จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุในขณะที่ปฏิบัติงาน	๖ ครั้ง/ปี	N/A	๓	๐	๐
๕. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	≥ ร้อยละ ๙๐	N/A	N/A	๙๕	๙๘
๖. จำนวนครั้งที่หน่วยงานมีการรายงานความเสี่ยง	≥ ๑๒ ครั้ง/ปี	N/A	N/A	N/A	๓

ที่มา : ศูนย์สนับสนุนการบริการทางการแพทย์

◆ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

๑) งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เป็นภารกิจงานหนึ่ง ในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โดยมีภารกิจให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการ ครอบคลุม การตรวจรักษา การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพในระดับปฐมภูมิ รวมถึงการจัดระบบให้คำปรึกษา/ดูแลต่อเนื่อง การบริการในสถานบริการ (โรงพยาบาลลำพูน สาขาเวียงยอง) การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ การดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง ขอสรุปผลงานประจำปี ๒๕๖๘ ที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้น ดังนี้

๑. การบริการในสถานบริการ (โรงพยาบาลลำพูน สาขาเวียงยอง)

๑.๑ การให้บริการผู้ป่วยนอก บริการตรวจรักษา ดังนี้

ห้องตรวจ	วัน	เวลา
ตรวจโรคทั่วไป	จันทร์ – ศุกร์	๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
คลินิกโรคเรื้อรัง	จันทร์ – ศุกร์	๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
คลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI)	จันทร์ – ศุกร์	๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
บริการทำแผล ฉีดยาและหัตถการอื่นๆ	จันทร์ – ศุกร์	๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
คลินิกวัคซีนผู้ใหญ่	จันทร์	๘.๓๐ – ๑๕.๐๐ น.
คลินิกเวชศาสตร์สูงวัย	อังคาร	๐๘.๓๐ – ๑๒.๐๐ น.
คลินิกลดยาเบาหวาน	พุธ	๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
คลินิก wellness	พุธ	๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.
คลินิกให้บริการเพร็พ (PrEP)	พฤหัสบดี	๐๘.๓๐-๑๕.๐๐ น.
คลินิก wellness	ศุกร์	๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น.
คลินิกสุขภาพเด็กดี และวัคซีน เด็ก	ศุกร์	๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น.

ผู้รับบริการ โรงพยาบาลลำพูนสาขาเวียงยอง

๕ อันดับโรค ของผู้รับบริการ โรงพยาบาลลำพูน สาขาเวียงยอง ได้แก่

- อันดับที่ ๑ ความดันโลหิตสูง
- อันดับที่ ๒ เบาหวาน
- อันดับที่ ๓ ภาวะไขมันในเลือดสูง
- อันดับที่ ๔ อาการท้องอืด
- อันดับที่ ๕ อาการเวียนศีรษะ

จำนวนครั้งผู้รับบริการผู้ป่วยนอกตามปีงบประมาณ

ห้องตรวจ	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
ตรวจโรคทั่วไป	๑๘,๓๐๗	๑๘,๒๒๕	๒๐,๕๕๔
คลินิกโรคเรื้อรัง	๑๕,๖๖๑	๑๖,๙๒๑	๒๒,๒๓๗
คลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI)	๑๑,๘๒๘	๗,๙๙๒	๖,๔๙๐
คลินิกเวชศาสตร์สูงวัย	๓๔๖	๓๕๙	๑๑๑๒
คลินิกวัคซีนผู้ใหญ่	๑๑,๒๙๒	๗,๐๕๐	๖,๖๐๒
คลินิกสุขภาพเด็กดี และวัคซีน เด็ก	๒,๑๘๙	๒,๓๖๙	๓,๗๓๖
คลินิกให้บริการเพร็พ (PrEP)	๑๔๓	๑๔๕	๘๔
บริการทำแผล ฉีดยาและหัตถการอื่นๆ (คน/ครั้ง)	๔,๖๙๗/๖,๓๙๔	๗,๗๕๔/๑๐,๓๐๘	๑๑,๗๙๕/๑๗,๗๗๕

การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน

ห้องตรวจ	ปี ๒๕๖๗		ปี ๒๕๖๘	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตรวจจอประสาทตา	๙๕๖	๕๔.๙๗	๑๐๗๙	๖๑.๙๐
ปกติ	๙๑๙	๙๖.๑๓	๑๐๓๔	๙๕.๘๓
ผิดปกติ	๔๒	๔.๓๙	๔๕	๔.๑๗
ตรวจช่องปาก	๙๑๒	๕๒.๔๔	๑๐๗๙	๖๓.๐๕
ตรวจเท้า	๘๓๙	๔๘.๒๕	๑๐๗๖	๖๒.๗๓
ปกติ	๘๐๔	๙๕.๘๓	๙๙๖	๙๒.๓๑
ผิดปกติ	๒๕	๔.๑๗	๘๐	๗.๔๑
ตรวจภาวะแทรกซ้อนทางไต	๙๒๐	๕๒.๙๐	๑๔๘๕	๘๕.๒๐
ตรวจประเมิน CVD Risk	๖๘๕	๓๙.๓๙	๑๔๐๓	๘๐.๔๙

หมายเหตุ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ รพ ลำพูน สาขาเวียงยอง ๑๗๔๓ ราย

สรุปผลงาน Cycle Time, Audit OPD card,และ ความพึงพอใจ ปีงบประมาณ

	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
Cycle Time (นาที)	๗๐	๖๓.๓๓	๖๔.๕
Audit OPD card เฉลี่ย	๙๗.๖๒	๘๙.๒๓	๙๖.๖๔
ความพึงพอใจ เฉลี่ย	๘๙.๓๙	๘๕.๐๑	๘๖.๕๒

๒. การบริการนอกสถานบริการ

๒.๑ บริการอนามัยเรือนจำ ตามโครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

จำนวนผู้ต้องขัง เรือนจำจังหวัดลำพูน ทั้งหมด จำนวน ๒๓๕๑ คน (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘)

- ผู้ต้องขังชาย ๒,๑๘๕ คน (สูงอายุ ๖๓ คน, พิการ ๓๗ คน มีบัตรผู้พิการทุกคน)
- ผู้ต้องขังหญิง ๑๖๖ คน (สูงอายุ ๙ คน, พิการ - คน มีบัตรผู้พิการทุกคน)

โรคที่พบ ๑๐ อันดับโรค ได้แก่

โรคความดันโลหิตสูง	จำนวน ๑๔๒ คน	(ชาย ๑๓๐ คน, หญิง ๑๒ คน)
โรคจิตเวช	จำนวน ๘๒ คน	(ชาย ๖๙ คน, หญิง ๑๓ คน)
โรคไขมันในเลือดสูง	จำนวน ๖๖ คน	(ชาย ๔๙ คน, หญิง ๕ คน)
โรคไวรัสตับอักเสบบี	จำนวน ๔๘ คน	(ชาย ๔๖ คน, หญิง ๒ คน)
ผู้ติดเชื้อ HIV	จำนวน ๔๕ คน	(ชาย ๔๐ คน, หญิง ๕ คน)
โรคเบาหวาน	จำนวน ๔๕ คน	(ชาย ๓๙ คน, หญิง ๖ คน)
โรคหอบหืด	จำนวน ๒๖ คน	(ชาย ๒๔ คน, หญิง ๒ คน)
โรคซิฟิลิส	จำนวน ๒๖ คน	(ชาย ๒๓ คน, หญิง ๓ คน)
โรคหัวใจ	จำนวน ๒๓ คน	(ชาย ๒๔ คน, หญิง - คน)
โรคไทรอยด์	จำนวน ๒๒ คน	(ชาย ๑๖ คน, หญิง ๖ คน)

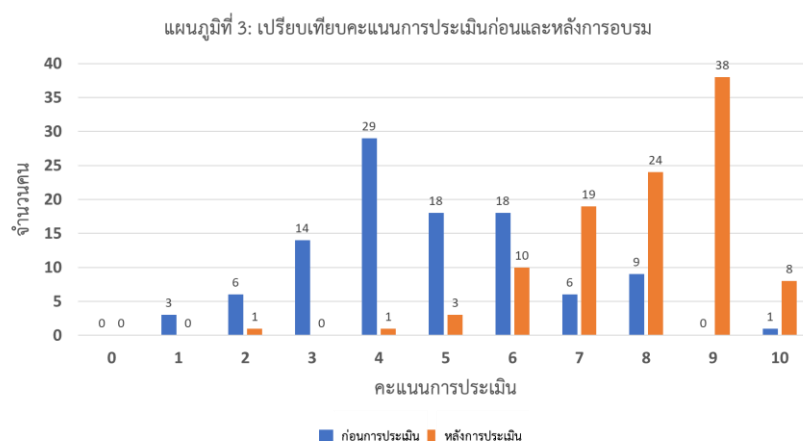
การดำเนินงาน	จำนวน (ราย)
๑. ผู้ต้องขังได้รับการตรวจพบแพทย์	๒,๔๔๒
๒. ผู้ป่วยในเรือนจำเบิกยาในโรงพยาบาล	๙๐๙
๓. ผู้ต้องขังใหม่ที่ได้รับการเจาะเลือดตามเกณฑ์	๙๙๖
๔. ผู้ต้องขังป่วยส่งตัวรักษาต่อ	๕๑๑
๕. ผู้ต้องขังได้รับวัคซีนหัด หัดเยอรมัน คาง ทุม	๗๖๔
๖. ผู้ต้องขังได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่	๒๒๘๐
๗. ผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ (Fit test)	๑๐
๘. ผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานได้รับตรวจตาเพื่อหาภาวะแทรกซ้อน	๔๐
๘. ผู้ต้องขังที่ Admit Home ward	๖๐

๒.๒ โครงการอบรมกู่ชีพขั้นพื้นฐาน

สรุปผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย / ตัวชี้วัด :

ผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น ๑๐๔ คน โดยรวมผู้เข้าร่วมกิจกรรมรุ่นที่ ๑ และ ๒ เข้าด้วยกันเป็นกลุ่มที่ ๑ และผู้เข้าร่วมกิจกรรมรุ่นที่ ๓ ถึง ๕ เป็นกลุ่มที่ ๒ (รวมเป็นกลุ่มที่ ๑: ๔๕ คน และกลุ่มที่ ๒: ๕๙ คน) โดยผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการประเมินแบบทดสอบความรู้ด้านการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน ก่อนและหลังการอบรม ได้คะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม ๔.๗๖ คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๗๙) และได้คะแนนเฉลี่ยหลังการอบรม ๗.๙๖ คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๔๒) คิดเป็นคะแนนสูงขึ้นเฉลี่ย ๓.๒๐ คะแนน คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๒๓

หลังการอบรม ผู้รับการอบรมมีคะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๖๐ เป็นจำนวน ๙๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๑๙ และมีผู้ไม่ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ ๔.๘๑



๒.๓ บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมืองจังหวัดลำพูน

สถานบริการ	จำนวนผู้ป่วย DM (ราย)	จำนวนผู้ป่วย HT (ราย)	รวม
รพ.สต.บ้านหนองหล่ม	๕๙	๒๑๐	๒๖๙
รพ.สต.หนองนวม	๑๓๐	๒๔๒	๓๗๒
รพ.สต.บ้านป่าขางน้อย	๑๔๕	๒๘๙	๔๓๔
รพ.สต.บ้านสันมะนะ	๔๗	๒๐๓	๒๕๐
รพ.สต.ริมปิง	๑๑๒	๓๕๒	๔๖๔
รพ.สต.หนองช้างค้ำ	๙๑	๒๗๔	๓๖๕
รพ.สต.บ้านหนองหลุม	๑๗๗	๓๖๐	๕๓๗
รพ.สต.เวียงยอง	๔๕	๑๕๐	๑๙๕
รพ.สต.อุโมงค์	๒๗๓	๗๘๒	๑๐๕๕
รพ.สต.บ้านกลาง	๑๑๐	๒๖๙	๓๗๙
รพ.สต.บ้านป่าห้า	๑๒๒	๒๕๓	๓๗๕
รพ.สต.ต้นธง	๗๕	๒๑๐	๒๘๕
รพ.สต.บ้านม้า	๘๙	๒๒๐	๓๐๙
รพ.สต.เหมืองจี้	๑๒๗	๓๐๔	๔๓๑
รพ.สต.ประตูป่า	๑๒๒	๓๔๒	๔๖๔
รพ.สต.บ้านหลุก	๙๖	๒๒๕	๓๒๑
รพ.สต.มะเขือแจ้	๓๐๕	๑๒๓๐	๑๕๓๕
รวม	๒๑๒๕	๕๙๑๕	๘๐๔๐

๒) งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา

ขอบเขตการให้บริการ

๑. ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
๒. ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๓. ศูนย์ระบาดวิทยา
๔. สร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
๕. ควบคุม กำกับ มาตรฐานพัฒนา คุณภาพบริการป้องกันควบคุมโรค
๖. ศึกษา วิจัย นวัตกรรมและพัฒนาองค์ ความรู้ด้านป้องกันควบคุมโรค
๗. การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมากำหนดนโยบาย
๘. งานสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ปริมาณงานการบริการในโรงพยาบาล

ลำดับ	ข้อมูลผลการดำเนินงาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๑	คลินิกโรคทางเดินหายใจ	ราย	๖,๕๔๒ ราย
๒	คลินิก NCDX, DM Remission	ราย	คลินิก NCDX = ๔๑ ราย DM Remission = ๑๓๒ ราย
๓	คลินิก PrEP & PEP	ราย	๒๔
๔	คลินิก Wellness	ราย	ในโรงพยาบาล ๑๘๔ ราย นอกสถานบริการ ๓๗๒ ราย

๕ อันดับโรคติดต่อที่สำคัญ

ลำดับ	โรค	จำนวน (ราย)	อัตราป่วยต่อแสนประชากร
๑	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙	๕,๑๐๙	๔,๐๑๓.๐๗
๒	ไข้หวัดใหญ่	๓,๔๗๘	๒,๗๓๑.๙๔
๓	โรคปอดอักเสบ	๑,๑๖๙	๙๑๘.๒๔
๔	ไข้เลือดออก	๕๔๕	๔๒๘.๐๙
๕	โรคติดเชื้อ RSV	๓๗๙	๒๙๗.๗๐

การเฝ้าระวังโรคติดต่อ

ลำดับ	ข้อมูลผลการดำเนินงาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๑	โปรแกรม Digital ๕๐๖ (D๕๐๖)	ราย	๖,๕๐๑
๒	โปรแกรม Syndromic Surveillance Report (SSR)	ราย	๑๐,๓๙๔
๓	การให้บริการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแบบป้องกันโรคล่วงหน้า	ราย	๖๐

การสอบสวนโรคติดต่อที่สำคัญ

ลำดับ	ข้อมูลผลการดำเนินงาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๑	ไข้เลือดออก	ราย	๕๔๕
๒	โรคติดเชื้อ RSV	ราย	๓๗๙
๓	โรคมือเท้าปาก	ราย	๒๑๙
๔	ไข้สวกใส	ราย	๑๗๔
๕	ไข้ดำแดง	ราย	๖๐
๖	ไข้ซิกุนกุนยา	ราย	๕๖
๗	ไข้คางทูม	ราย	๑๕
๘	โรคเลปโตสไปโรซิส	ราย	๗
๙	โรคหัด	ราย	๒
๑๐	โรคมาลาเรีย	ราย	๒

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค

กลุ่มเสี่ยง	จำนวน (ราย)	คัดกรอง (ราย)	percent of screening
กลุ่มเสี่ยงสูงที่ควรดำเนินการเป็นอันดับ ๑	๑๔,๕๗๕	๑๓,๓๑๖	๙๑.๓๖
ผู้สัมผัสใกล้ชิดรายใหม่	๒๖	๒๔	๙๒.๓๑
ผู้สัมผัสใกล้ชิดย้อนหลัง ๒ ปี (ปี๒๕๖๖-๒๕๖๗)	๓๔๖	๒๒๖	๖๕.๓๒
ผู้มีประวัติเป็นวัณโรค	๑๖๐	๑๑๒	๗๐
ผู้ป่วย DM	๖,๘๔๙	๖,๒๘๕	๙๑.๗๗
ผู้ป่วย COPD	๓๑๐	๒๙๘	๙๖.๑๓
ผู้ป่วย BMI<๑๘.๕	๒,๖๗๑	๒,๔๙๘	๙๓.๕๒
ผู้สูบบุหรี่	๒๒๒	๒๑๑	๙๕.๐๕
ผู้มีความผิดปกติจากการติดเชื้อ	๑๘๑	๑๓๕	๗๔.๕๙
ผู้ป่วยDM Un-control HbA๑C>๗	๓,๘๑๐	๓,๕๒๗	๙๒.๕๗
กลุ่มเสี่ยงปานกลางที่ควรดำเนินการเป็นอันดับ ๒	๔,๗๗๘	๔,๕๕๐	๙๕.๒๓
ผู้ติดเชื้อ HIV	๗๐๑	๖๗๕	๙๖.๒๙
ผู้ป่วยโรค CKD stag ๔-๕	๒๐๕	๑๙๘	๙๖.๕๙
ผู้ต้องขังในเรือนจำ	๑๙๘๖	๑๙๘๖	๑๐๐
บุคลากรสาธารณสุข	๑๕๐๐	๑๔๒๘	๙๕.๒
ติดบ้าน	๒๗๓	๑๙๘	๗๒.๕๓
ติดเตียง	๑๑๓	๖๕	๕๗.๕๒
กลุ่มเสี่ยงต่ำที่ควรดำเนินการเป็นอันดับ ๓	๖๐,๑๔๘	๓๐,๒๕๘	๕๐.๓๑
อายุ ๔๐ ปีขึ้นไปทุกคนที่ตรวจคัดกรองร่วมข้างต้นออกหมดแล้ว	๖๐,๑๔๘	๓๐,๒๕๘	๕๐.๓๑
รวม	๗๙,๕๐๑	๔๘,๑๒๔	๖๐.๕๓

โครงการที่ดำเนินการ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘

๑. โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานวัณโรค อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ประจำปี ๒๕๖๘

- เพื่อพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานวัณโรคให้มีความรู้ สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ลดอัตราการขาดยา และลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

๒. โครงการพัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ(EOC) อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘ โดยดำเนินการจัดประชุมอบรมใน ๒ เรื่อง ได้แก่ สารเคมีรั่วไหล และ ไข้เลือดออก

- เพื่อพัฒนาและเพิ่มศักยภาพทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ในระดับอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ให้มีความรู้ความสามารถสามารถปฏิบัติงานและวางแผนการดำเนินงานรวมถึงการทํานายเหตุการณ์ในการจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขที่มีความเหมาะสมกับบริบท สังการได้รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ และลดผลกระทบต่อสุขภาพได้

๕ อันดับโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ

ลำดับ	โรค	จำนวน (ราย)	อัตราป่วยต่อแสนประชากร
๑	ความดันโลหิตสูง	๒๙,๒๙๐	๑๙'๙๘๗.๗๒
๒	เบาหวาน	๑๑,๖๓๖	๗'๙๔๐.๔๙
๓	หลอดเลือดสมอง	๔๖๕	๓๑๗.๓๒
๔	หัวใจ	๓๓๔	๒๒๗.๙'๒
๕	มะเร็ง	๑๙๕	๑๓๓.๐๗

การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในรพ.สต.เครือข่ายอำเภอเมืองลำพูน

๑. การจัดบริการคลินิก NCD ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

หลักการจัดบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๗ แห่ง พื้นที่อำเภอเมืองลำพูน จัดบริการคลินิก NCD โดยมีรูปแบบการจัดการระบบบริการตามหลักการประเมิน วางแผน และตั้งเป้าการรักษาร่วมกันกับโรงพยาบาล ลำพูนตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจังหวัดลำพูน ปี ๒๕๖๘ โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามสี ดังนี้

กลุ่มสีเขียว ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถจัดการตนเองได้ดี

-รับยาได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.๑๗ แห่ง), นัดตรวจติดตามทุก ๓-๖ เดือน

-NCD Mobile ทุกเดือนในรพ.สต.

กลุ่มสีเหลือง ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ปานกลาง หรือมีปัจจัยเสี่ยง

-รับยาและตรวจติดตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นัดตรวจติดตามทุก ๑-๓ เดือน

-ให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือ case ผิดปกติ ส่งต่อโรงพยาบาลลำพูน สาขาเวียงยอง

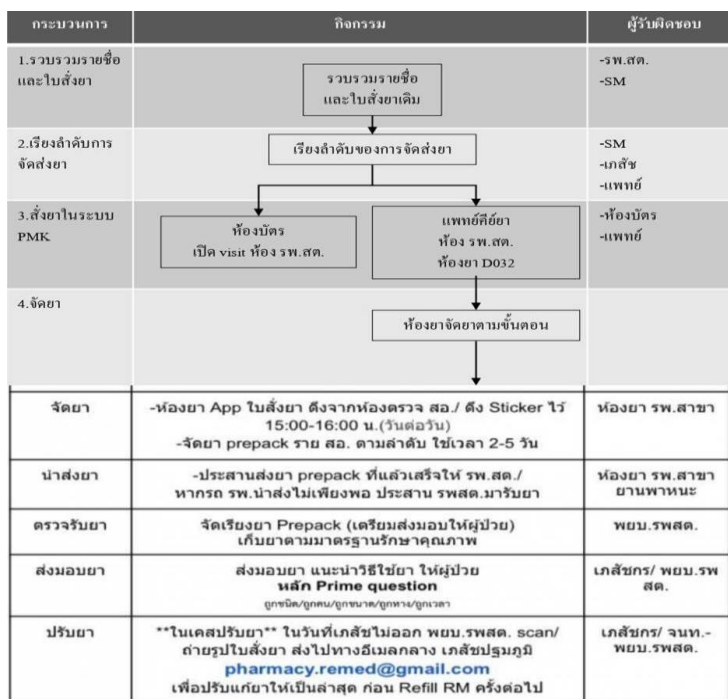
กลุ่มสีแดง ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีโรคร่วมซ้อน

-ส่งต่อพบแพทย์ที่โรงพยาบาลลำพูน นัดตรวจติดตามทุก ๑ เดือนหรือตามความเหมาะสม

-ติดตามอย่างใกล้ชิดโดยทีมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุข

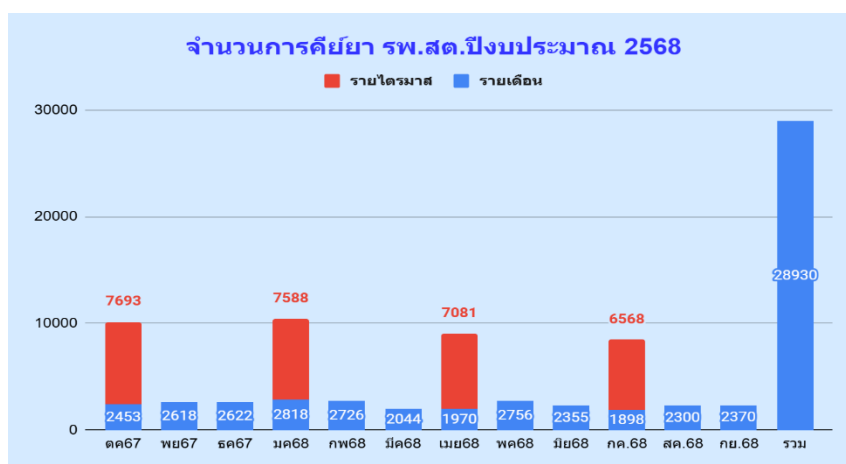
กระบวนการจัดการยาโรคเรื้อรัง หน่วยบริการปฐมภูมิ อ.เมืองลำพูน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ - ๒๕๖๘

จากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ NCDs กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน ได้จัดทำกระบวนการบริหารจัดการยาและบริการผู้ป่วยร่วมกับกลุ่มงานเภสัชกรรมปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาและการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ลดระยะเวลาในการรอรับบริการ ลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยมีกระบวนการดังนี้



ในปี ๒๕๖๘ มีการพัฒนาระบบส่งจ่ายยาออนไลน์ของผู้ป่วย NCD ที่รับการรักษาที่รพ.สต.ซึ่งแพทย์สามารถส่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยที่รพ.สต.แบบ Real time โดยนำร่องการใช้งานส่งจ่ายยาออนไลน์ ในรพ.สต.บ้านป่าขางน้อย, เหมืองจี้, ป่าห้า โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับงานเภสัชปฐมภูมิ

จำนวนการคียยาผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ที่รักษาในรพ.สต.ปีงบประมาณ ๒๕๖๘



๒. การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงในรพ.สต.

ทีมสหสาขาวิชาชีพ (พยาบาล นักสาธารณสุข ทันตแพทย์ ทันตภิบาล) ออกตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา (Diabetic Retinopathy Screening) ตรวจเท้า (Foot Examination) คัดกรองเท้าเสียงสูง ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในช่วงเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม

ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๘

- ตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ๑,๔๕๗ ราย จาก ๒,๐๖๐ ราย (ร้อยละ ๗๐.๗๓) เกินเป้าหมายร้อยละ ๖๐
- พบภาวะแทรกซ้อนทางตา ๘๔ ราย (ร้อยละ ๕.๗๖) ส่งต่อจักษุแพทย์ทุกราย
- พบเท้าเสียงสูง ๑๐ ราย ส่งต่อเวชกรรมฟื้นฟูทุกราย
- พบปัญหาสุขภาพช่องปากร้อยละ ๗๕.๒๕ ให้คำแนะนำทุกราย

๓. การเสริมสร้าง Health Literacy การดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงในรพ.สต.ปี ๒๕๖๘

๓.๑ โปรแกรม NCD Remission Service ใกล้บ้านใกล้ใจ

ดำเนินการในรพ.สต.สันมะนะ ตำบลต้นธง และรพ.สต.บ้านหลุก ตำบลเหมืองง่า โดยมีการให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลตนเอง การนับคาร์โบไฮเดรต การออกกำลังกาย จัดทำแผนสุขภาพรายบุคคล (Individualized Care Plan)

ผลการดำเนินงาน

- ผู้เข้าร่วมโปรแกรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันมะนะและบ้านหลุก จำนวน ๓๖ ราย
- กลุ่มเป้าหมาย ๒๐ ราย: หายขาดได้ ๓ ราย (ร้อยละ ๑๕), ลดยา ๒ ราย (ร้อยละ ๑๐)
- ผู้ป่วยร้อยละ ๕๐ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีขึ้น

๓.๒ โครงการ "เยี่ยมเหย้า เยือนครัว ดูแลไตในชุมชน"

ดำเนินการใน รพ.สต. หนองช้างคื่น ผู้ป่วยจำนวน ๓๐ ราย: กลุ่มเสี่ยงปรับเป็นกลุ่มปกติ ๑๐ ราย

๓.๓ โรงเรียนเบาหวานวิทยา

ดำเนินการใน ๔ พื้นที่: รพ.สต.มะเขือแจ้, บ้านม้า, หนองหล่ม, หนองหลุม ผลลัพธ์: คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ ๗๓.๐๘, ระดับ HbA๑c ลดลงร้อยละ ๖๙.๒๓

๓.๔ การพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข หมอไตประจำบ้าน

ดำเนินการใน NPCU เวียงยอง, PCU บ้านกลาง, NPCU เหมืองจี้ โดยมีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคไตในชุมชน ให้คำแนะนำควบคุมการใช้ NSAIDs และยาสมุนไพรรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี Health Literacy ตระหนักถึงโรคไตของตน อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่รพ.สต.มีการออกเยี่ยมบ้านติดตามการใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับการรักษาใน รพ.สต.ได้รับยาต่อเนื่อง มีการวัดความดัน ตรวจค่าน้ำตาล บันทึกข้อมูลในสมุดสุขภาพประจำตัว และรายงานผลการติดตามแก่พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คลินิก Wellness

Premium Wellness Center Lamphun Hospital ศูนย์ดูแลสุขภาพมิติใหม่ ใช้วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ศิลปะการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สู่ความสมดุลแห่งชีวิต(Better Balance) สมดุล สุขภาพดีมีความสุข โรงพยาบาลลำพูน เปิดให้บริการทุกวันพุธ ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐น. และวันศุกร์ ๘.๓๐-๑๒.๐๐น. โดยโปรแกรมลดน้ำหนัก ปรับสมดุล ลดการใช้จ่าย ซึ่งผสมผสานองค์ความรู้ ด้านวิทยาศาสตร์ ธรรมชาติ การรักษาตามแพทย์แผนปัจจุบันและการรักษาตามแพทย์แผนจีน บริการออกแบบดูแลสุขภาพแบบเฉพาะรายบุคคล/รายกลุ่ม แพ้เคจการดูแลสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจเลือด วัดสัญญาณชีพ วัดองค์ประกอบร่างกาย ประเมินสมรรถภาพทางกาย ดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคลเรื่องอาหาร ออกกำลังกาย เสริมกำลังใจ ปรับ mindset ติดตามผลรายสัปดาห์หรือรายเดือน

สรุปข้อมูลการให้บริการหลังการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ได้ดังตารางดังนี้

ที่	ชื่อสถานประกอบการ	ผู้ที่ได้รับการดูแล(ราย)	ผู้ที่ได้รับการติดตาม(ราย)	คิดเป็นร้อยละ	ข้อมูลภาวะสุขภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรม		
					มีแนวโน้มดีขึ้น (ราย)	แย่ลง (ราย)	คงเดิม (ราย)
นอกโรงพยาบาล							
๑	๑	๘๓	๖๓	๗๕.๙๐	๕๔	๖	๓
๒	๒	๑๒	๕	๔๑.๖๗	๔	๑	๐
๓	๓	๑๔๗	๑๐๒	๖๙.๓๙	๗๑	๒๙	๒
๔	๔	๓๔	๒๖	๗๖.๔๗	๑๙	๗	๐
๕	๕	๓๔	๒๑	๖๑.๗๖	๑๔	๗	๐
๖	๖	๒๒	๒๐	๙๐.๙๑	๑๗	๓	๐
๗	๗	๔๐	๔๐	๑๐๐.๐๐	อยู่ระหว่างประเมินผล (คาบเกี่ยวปีงบฯ ๒๕๖๘ - ๒๕๖๙)		
รวม		๓๗๒	๒๗๗	๗๔.๔๖	๑๗๙	๕๓	๕
ในโรงพยาบาล							
๑	ผู้มารับบริการ	๑๕๐	๑๕๐	๑๐๐.๐๐	๑๒๖	๐	๒๔
๒	บุคลากรรพ.ลำพูน	๓๔	๘	๒๓.๕๓	๖	๑	๑
รวม		๑๘๔	๑๕๘	๘๕.๘๗	๑๓๒	๑	๒๕

คลินิก Premium Wellness Center โรงพยาบาลลำพูนให้บริการทั้ง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมผู้รับบริการทั้งสิ้น ๕๕๖ ราย โดยมีอัตราการติดตามดูแลต่อเนื่องเฉลี่ย ร้อยละ ๗๔.๔๖ สำหรับกลุ่มนอกโรงพยาบาล และ ร้อยละ ๘๕.๘๗ สำหรับกลุ่มในโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับ “ดี” สะท้อนถึงการมีส่วนร่วมและความเชื่อมั่นของกลุ่มเป้าหมายต่อบริการ นอกจากนี้ พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการติดตาม มีแนวโน้มสุขภาพ “ดีขึ้น” จำนวนมากถึง ๑๗๙ รายจาก ๒๓๗ รายที่ประเมินได้ (ประมาณร้อยละ ๗๕.๕๓) แสดงถึง ประสิทธิภาพของโปรแกรมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพและลดการใช้จ่าย ได้อย่างเป็นรูปธรรม

งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู

บริบท

บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคตามกลุ่มวัย ดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เป็นงานที่ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ยึดหลักการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ ถูกต้อง สะดวกรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและความพึงพอใจสูงสุด รวมถึงการประสานทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อการส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ในพื้นที่ อ.เมืองลำพูน

ขอบเขตการให้บริการ

๑. เสริมสร้างสุขภาพป้องกันโรคตามกลุ่มวัย โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมปัจจัยป้องกัน (Protection Factors Promotion) และการป้องกันปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors Prevention) กลุ่มเป้าหมายมุ่งเน้น ได้แก่ กลุ่มวัยมารดา ทารกและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยสูงอายุ ในสถานบริการและในชุมชนพื้นที่ อ.เมืองลำพูน

๒. ฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มวัยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการจัดการกระบวนการบริการที่ฟื้นฟูและเสริมสร้างสมรรถภาพให้กลับสู่ภาวะปกติหรือชะลอการเกิดโรคได้ ในสถานบริการ และในชุมชนพื้นที่ อ.เมืองลำพูน

ปริมาณงานบริการในโรงพยาบาล

ลำดับ	ข้อมูลผลการดำเนินงาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๑	บริการเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด ภายใน ๗ วัน	ราย	๒๙๘ (๘๕.๐๐%)
๒	ส่งต่อเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอดใน โปรแกรม Thai COC	ราย	N/A (เนื่องจากเปลี่ยนแปลงฟอร์มการส่ง ข้อมูลป้องกัน PDPA)
๓	คลินิกสุขภาพเด็กดี	ราย	๒,๔๔๑
๔	คลินิกวัคซีน	ราย	๖,๓๘๕
๕	คลินิกเวชศาสตร์สูงวัย (รพ.ลำพูน สาขาเวียงยอง)	ราย	๒๗๘

การบริการในชุมชน

ลำดับ	ข้อมูลผลการดำเนินงาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๑	บริการอนามัยโรงเรียน (ตรวจตา) ป.๑	คน	๑๕๓ (๕๖.๘๘%)
๒	ตรวจสุขภาพเบื้องต้นนักเรียน	คน	๑,๑๑๕ (๙๕.๒๒%)
๓	บริการวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในนักเรียน	คน	๒,๔๖๒

การดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายสถานบริการสุขภาพเครือข่าย อ.เมืองลำพูน

ลำดับ	ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (ที่มา : ข้อมูล HDC ลำพูน ๓๐ ก.ย. ๖๘)	กลุ่มเป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ (KPI ร้อยละ ๗๕)	๒๗๒	๑๒๐	๔๔.๑๒
๒	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้งตามเกณฑ์ (KPI ร้อยละ ๗๕)	๒๗๒	๙๔	๓๔.๕๖
๓	ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์ (KPI ร้อยละ ๗๕)	๒๗๐	๔๗	๑๗.๔๑
๔	ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (KPI<๗%)	๒๑๓	๑๓	๖.๑๐
๕	ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า ๖ เดือน กินนมแม่อย่างเดียว (KPI ร้อยละ ๕๐)	๓๕๒	๒๙๑	๘๒.๖๗
๖	ร้อยละการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุสำคัญ (๙,๑๘,๓๐,๔๒,๖๐ เดือน) (KPI ร้อยละ ๙๐)	๒,๔๙๐	๑,๓๒๓	๕๓.๑๓
๗	ร้อยละการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าในเด็กตามกลุ่มอายุสำคัญ (KPI ร้อยละ ๒๐)	๑,๓๒๓	๑๕๖	๑๑.๗๙
๘	ร้อยละการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน ของเด็กตามกลุ่มอายุสำคัญ (KPI=๙๐%)	๑๕๖	๑๒๑	๗๙.๐๘
๙	ร้อยละพัฒนาการสมวัยในเด็กตามกลุ่มอายุสำคัญ (KPI ร้อยละ ๘๗)	๒,๔๙๐	๑,๒๘๗	๕๑.๖๙
๑๐	ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน (KPI ร้อยละ ๖๖)	๒,๘๗๓	๘๐๓	๕๕.๙๒
๑๑	ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีภาวะเตี้ย (KPI ไม่เกินร้อยละ ๑๐)	๓,๑๙๕	๑๖๔	๙.๗๗
๑๒	ร้อยละของเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก (KPI ร้อยละ ๘๐)	๒,๓๗๒	๑,๔๘๐	๖๒.๓๙
๑๓	ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน (KPI ร้อยละ ๕๗)	๑,๓๕๑	๙๑๗	๖๗.๘๘
๑๔	ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี (KPI ไม่เกินร้อยละ ๑๔.๕)	๘๑	๗	๘.๖๔
๑๕	ร้อยละการคัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้าน จากAPI (KPI ร้อยละ ๙๐)	๓๖,๔๑๓	๑๘,๐๘๕	๔๙.๖๗
๑๖	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหว ได้รับการดูแลรักษา ในหน่วยบริการสุขภาพ (KPI ร้อยละ ๔๐)	๗๖๔	๔๖๕	๖๐.๘๗
๑๗	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำได้รับการดูแลรักษาในหน่วยบริการสุขภาพ (KPI ร้อยละ ๔๐)	๔๗๐	๑๖๑	๓๔.๒๖

การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน ร่วมกับเครือข่ายบริการอำเภอเมืองลำพูน

การให้บริการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยนับ	ผลงาน
๑. วัคซีนไข้วัดใหญ่	๗ กลุ่มเสี่ยงรณรงค์ตามฤดูกาล รพ.ลำพูน	ราย	๔,๘๙๒
	ผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษ	ราย	๒,๒๘๐
	บุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข รพ.ลำพูน	ราย	๘๑๑
	บุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข รพ.สต./สสอ.	ราย	๑๙๗
	เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์จังหวัดลำพูน	ราย	๕๐
	เจ้าหน้าที่เรือนจำลำพูน	ราย	๑๑๙
๒. วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV)	นักเรียนหญิงอายุ ๑๑-๒๐ ปี (school Base)	ราย	๙๑๔
๓. คลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC)	เด็กในคลินิกสุขภาพเด็กดี รพ.ลำพูน สาขาเวียงยอง	ราย	๒,๔๔๑

งานคุ้มครองผู้บริโภค

งานคุ้มครองผู้บริโภค เป็นภารกิจงานหนึ่งในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิโดยมีภารกิจ คุ้มครองผู้บริโภคด้านยา ด้านอาหาร ด้านเครื่องสำอาง ด้านวัตถุเสพติด ด้านวัตถุอันตราย ด้านเครื่องมือแพทย์ สร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วน ควบคุมกำกับมาตรฐานงานคุ้มครองผู้บริโภคตามมาตรฐานทุกด้าน ศึกษา วิจัย นวัตกรรมและพัฒนาองค์ความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภค วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบาย ผลงานประจำปี ๒๕๖๘ ที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้น ดังนี้

๑. ภารกิจร่วมกับกลุ่มงานเภสัชกรรม งานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ลำดับ	ภารกิจร่วม	หน่วย	ปริมาณงานรวม	งาน คบส	ร้อยละผลงาน
๑	การดูแลระดับบุคลากร สาขาเวียงยอง และหน่วยบริการ				
	ปฐมภูมิ/ใบสั่งยาที่จ่ายโดยเภสัชกรรพ.สาขาและหน่วยบริการ				
	ปฐมภูมิ (รพสต./เรือนจำ) (๑๘ แห่ง) รวมทั้งหมด				
	๑.๑ รพ.สาขา				
	๑. ใบสั่งยาที่จ่ายโดยเภสัชกร	ใบสั่ง	๘๑,๔๐๒	๑๖,๐๖๖	๑๙.๗๔
	๑.๑ ขนายนยา	ใบสั่ง	๕๑,๖๐๓	๙,๓๘๐	๑๘.๑๘
	๑.๒ มูลค่ายา	รายการ	๑๙๔,๑๒๖	๒๘,๑๔๐	๑๔.๕๐
	๑.๓ ขนนวนเวชภัณฑ์	บาท	๑๔,๒๔๑,๗๗๔.๒๕	๒,๐๖๕๐๕๗.๒๖	๑๔.๕๐
	๑.๔ มูลค่าเวชภัณฑ์	รายการ	๒๑๘	๔๐	๑๘.๓๔
	๑.๕ มูลค่ายา/ใบสั่ง	บาท	๓๙๘,๗๕๐.๐๕	๗๓,๑๖๕.๑๔	๑๘.๓๔
	๑.๖ มูลค่าเวชภัณฑ์/ใบสั่ง	บาท/ใบสั่ง	๒๗๕.๙๙	๒๗๕.๙๙	๑๐๐.๐๐
	๒. จำนวนใบสั่งยารวันทำการเฉลี่ยวันละ	บาท/ใบสั่ง	๗.๗๒	๗.๗๒	๑๐๐.๐๐
	๓. ใบสั่งยาที่ส่งยาไปรษณีย์	ใบสั่ง	๒๒๖	๒๒๖	๑๐๐.๐๐
	๔. ใบสั่งยา Home ward	ใบสั่ง	๐	๐	๐

	๕. มูลค่ารับยาคืน ยาเหลือใช้ ๖. ร้อยละ Med-Adherence ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รพสาขา ๑.๒ หน่วยบริการปฐมภูมิ ๑๘ แห่ง (รพสต./เรือนจำ) รวมทั้งหมด ๑.ใบสั่งยาทั้งหมด ๒.ใบสั่งยาโรคเรื้อรังที่จ่ายโดยเภสัชกร ๓.จำนวนครั้งที่เภสัชกรออกให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังรพ.สต ๔.จำนวนใบสั่งยาโรคเรื้อรังที่จ่ายโดยเภสัชกรเฉลี่ยวันละ ๕.ร้อยละ Med-Adherence ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรพ.สต	ใบสั่ง บาท ร้อยละ ใบสั่ง ใบสั่ง ครั้ง ใบสั่ง ร้อยละ	๕๘ ๑,๘๐๙ ๙๒.๐๓ ๒๙,๗๙๙ ๒๗,๖๓๙ ๒๘๕ ๙๗ ๙๒.๕๒	๐ ๐ ๙๒.๐๓ ๖,๖๘๖ ๖,๖๑๐ ๑๗๓ ๙๗ ๙๒.๕๒	๐ ๐ ๑๐๐.๐๐ ๒๒.๔๔ ๒๓.๙๑ ๖๐.๗๐ ๑๐๐.๐๐ ๑๐๐.๐๐
๒	งานพัฒนาระบบยาและความปลอดภัยด้านยา เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒.๑ คณะมาตรฐานเภสัชกรรม RDU คบส. (รพ.สต. ติดดาว) ๒.๒ จำนวนครั้งการติดตามคุณภาพวัคซีนด้วย DATA LOGTAG รพ.สต. ๒.๓ ร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่านมาตรฐาน Cold Chain ๒.๔ จัดทำระบบเฝ้าระวังปัญหาการใช้ยา warfarin ใน รพ.สต. ๒.๕ จัดทำระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำใน รพ.สต. ๒.๖ การติดตามกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะใน รพ.สต. (RUA) ๒.๗การติดตามควบคุมมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ๒.๘ ร้อยละของรพ.สต.ผ่านตัวชี้วัด RUA(ทั้ง URI,AGE≤ร้อยละ๒๐) ๒.๙ มูลค่าติดตามรับยาคืนเหลือใช้จากผู้ป่วย รพ.สต. ๒.๑๐ มูลค่าการติดตามรับยาคืน กลุ่ม Strong Opioids จากชุมชน ๒.๑๑ การติดตามควบคุมการบริหารเวชภัณฑ์ รพ.สต. (MOS<๒)	ร้อยละ ครั้ง ร้อยละ ราย ราย ครั้ง/ปี บาท ร้อยละ บาท บาท เดือน	๙๕.๘๕ ๒๑ ๑๐๐.๐๐ ๗๕ ๓๗๑ ๑๒ N/A ๑๐๐.๐๐ ๖,๒๖๕.๐๔ ๐ N/A	๙๕.๘๕ ๒๑ ๑๐๐.๐๐ ๗๕ ๓๗๑ ๑๒ N/A ๑๐๐.๐๐ ๖,๒๖๕.๐๔ ๐ N/A	๑๐๐.๐๐ ๑๐๐.๐๐ ๑๐๐.๐๐ ๑๐๐.๐๐ ๑๐๐.๐๐ N/A ๑๐๐.๐๐ ๐ N/A
๓	การดูแลระดับครอบครัว ๓.๑การบริหารเภสัชกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีปัญหาจากการใช้ยา (DTPs) ๓.๑.๑จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงDTPที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ๓.๑.๒ จำนวนครั้งในการติดตามเยี่ยมบ้าน	ราย ครั้ง เหตุการณ์ เหตุการณ์	๖๑ ๗๘ ๕๖ ๑๔	๖๑ ๗๘ ๕๖ ๑๔	๑๐๐.๐๐ ๑๐๐.๐๐ ๑๐๐.๐๐ ๑๐๐.๐๐

	๓.๑.๓ จำนวนปัญหาจากการใช้ยาที่พบ (DTPs)	เหตุการณ์	๗	๗	๑๐๐.๐๐
		เหตุการณ์	๙	๙	๑๐๐.๐๐
	Drug Non-Adherence	เหตุการณ์	๒	๒	๑๐๐.๐๐
	ADR / Allergy / Side effect	เหตุการณ์	๖	๖	๑๐๐.๐๐
	Need additional Drug therapy	เหตุการณ์	๑	๑	๑๐๐.๐๐
	Unnecessary drug therapy	เหตุการณ์	๑๗	๑๗	๑๐๐.๐๐
	Ineffectiveness	ร้อยละ	๖๕.๕๗	๖๕.๕๗	๑๐๐.๐๐
	Drug Interaction	ครั้ง	๑๓๒	๑๓๒	๑๐๐.๐๐
	RDU	ครั้ง	๓๑	๓๑	๑๐๐.๐๐
	๓.๑.๔ ร้อยละความสำเร็จของการจัดการDTPs โดยเภสัชกร	ครั้ง			
		ครั้ง	๓๘	๓๘	๑๐๐.๐๐
	๓.๑.๕ จำนวนการจัดการDTPs (Pharmacist intervention)	ครั้ง	๘	๘	๑๐๐.๐๐
		ครั้ง	๓๘	๓๘	๑๐๐.๐๐
	Dose optimization (Increase/Decrease/Loading Dose/Duration)	ครั้ง	๑๗	๑๗	๑๐๐.๐๐
	Adherence Optimization (เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา)	ครั้ง	๐	๐	๑๐๐.๐๐
	Psycho-social Optimization (ส่งต่อหน่วยงานอื่นดูแลต่อ)				
	Health Behavior Optimization (ให้ความรู้ Non pharmacology)				
	Indication optimization (off /add/change/switch therapy)				
	Administration optimization (dose titrate. ,Route-timely admin)				
๔	การดูแลระดับชุมชน	ชุมชน	๓	๓	๑๐๐.๐๐
	๔.๑จำนวนชุมชนได้รับการพัฒนาชุมชนใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างสมเหตุผลและปลอดภัย(เป้าหมาย ๒ชุมชน/ปี)	ครั้ง	๑๙	๑๙	๑๐๐.๐๐
	๔.๒ งานพัฒนาฝึกอบรมบุคลากร อสม ประชาชน ยังไม่รวมกิจกรรมปลื้มย่อย	คน	๖๔๐	๖๔๐	๑๐๐.๐๐
	๔.๓ จำนวนการติดตามกำกับร้านค้า ร้านชำ สถานประกอบการ ด้านอาหารและยาปลอดภัย	ครั้ง	๓๐๔	๓๐๔	๑๐๐.๐๐

๒. การกิจร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง และภาคีเครือข่าย

๒.๑ งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านการดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร มีการดำเนินงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ทั้ง ระดับจังหวัดและอำเภอในส่วนของผลิตภัณฑ์ก่อนออกสู่ท้องตลาด (Pre-Marketing Control) และหลังผลิตภัณฑ์ออกสู่ท้องตลาด (Post-Marketing Control) ร้านยา สถานพยาบาล โดยมีสถานการณ์การดำเนินงานในแต่ละประเด็น ดังนี้

รายการตรวจ	ปีงบประมาณ	ตรวจ-ส่วนที่ ร่วมตรวจ	ผ่าน	ร้อยละที่ผ่าน
๑. ผลตรวจสถานที่ผลิต	๒๕๖๘	๒	๒	๑๐๐.๐๐
๒. ผลตรวจ สถานที่จำหน่ายอาหาร ตลาดสด	๒๕๖๘	๓	๓	๑๐๐.๐๐
๓. ร้านชำ เขต อ. เมือง	๒๕๖๘	๒๙๗	๑๐๒	๓๔.๓๔
๔. สถานประกอบการ ร้านอาหาร และ โรงพยาบาล	๒๕๖๘	๕	๕	๑๐๐.๐๐

๒.๒ ผลตรวจเฝ้าระวังสารปนเปื้อน โรงพยาบาลลำพูนและภาคีเครือข่าย

๒.๒.๑ การดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยเป็นมาตรฐานหนึ่งภายใต้การควบคุมกำกับของการดำเนินงาน Green & Clean Hospital การตรวจเฝ้าระวังสารปนเปื้อนในอาหารและน้ำในแผนก โภชนศาสตร์แผนกงานต่างๆในโรงพยาบาลลำพูนแม้กระทั่งร้านอาหารสวัสดิการและเครือข่าย อ.เมือง จ.ลำพูน เป็นส่วนหนึ่งในการติดตามเพื่อให้อาหารมีความปลอดภัย สะอาด ถูกสุขลักษณะและไม่ก่อโรคในผู้ป่วย ในส่วนผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นที่เก็บตัวอย่างร่วมกับ สสจ.ลำพูน และรถ Mobile เคลื่อนที่จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงใหม่ เช่น ยาสมุนไพร เครื่องสำอาง เป็นต้นเป็นกิจกรรมการดำเนินการตรวจเฝ้าระวังประจำปีตามเกณฑ์ที่กำหนด

สรุปแสดงรายการผลิตภัณฑ์ที่ดำเนินการสุ่มตรวจ ปี 2568																
ลำดับ	รายการ	ช่วงเวลา ที่ส่งตรวจ	จำนวน (ตัวอย่าง)	การตรวจแยกตามประเภท								ผลการตรวจวิเคราะห์			ร้อยละ ผ่านเกณฑ์	หมายเหตุ
				เคมี							จุลินทรีย์ coliform	ผ่าน ระดับที่ ปลอดภัย	ไม่ผ่าน			
				ยาฆ่าแมลง	ฟอร์มาลีน	ฟอกขาว	สารกันรา	บอแรกซ์	สารโพแทสเซียม	อื่นๆ						
เดือน ตุลาคม 2567-กันยายน 2568																
1	โรงพยาบาลลำพูน	ตุลาคม 67-กันยายน 68														
1.1	ผักและผลไม้		430	430							430		0	100.00	พบอะลาติค	
1.2	วัตถุดิบในการประกอบอาหาร		135		15	2	1	8		1	108	113	22	83.70	SI2	
1.3	น้ำมันทอด		7						7			6	1	85.71		
1.4	อาหารปรุงสำเร็จ		0													
1.5	อาหารทางสายยาง(BD)		72								72	72	0	100.00		
1.6	น้ำสะอาดปรุงอาหารน้ำบริโภค		0													
1.7	น้ำสะอาดน้ำอุปโภค เกษีฯ ก่อนทำน้ำหลัง		77								77	77	0	100.00		
1.8	น้ำสะอาดน้ำบริโภค ตึกและบริการผู้ป่วย		25								25	25	0	100.00	รวบรวมได้ 2 เดือน	
1.9	อื่นๆ ยา เครื่องสำอาง เติม		15							15		14	1	93.33		
2	เครือข่าย อ.ภคเมือง(ไม่รวมพลาพูน)	ตุลาคม 67-กันยายน 68														
2.1	ผักและผลไม้		282	282								278	4	98.58		
2.2	วัตถุดิบในการประกอบอาหารรวมเชื้อ SI2ทุกอย่าง		407		70	40	56	72	115		54	381	26	93.61		
2.3	อื่นๆ ยา เครื่องสำอาง คลอรีน		55							55		47	8	70.91		
รวม			1,505	712	85	42	57	80	122	71	336	1443	62	95.88		

จากการดำเนินงานผ่านเกณฑ์โดยรวมทุกตัวอย่างร้อยละ ๙๕.๘๘ ไม่ผ่านร้อยละ ๔.๑๒ ที่พบคือ ฟอร์มาลีน ในอาหารทะเล น้ำมันทอดซ้ำ ฝุ่นและเครื่องสำอางที่ไม่มีแหล่งผลิตที่ชัดเจน และการปนเปื้อนเชื้อของอาหารและส่วนที่เกี่ยวข้องจากการประกอบอาหาร เช่นอาหารปรุงสุก มือสัมผัส ภาชนะในการปรุงอาหาร เป็นต้น ซึ่งจากผลการดำเนินการดังกล่าวโรงพยาบาลลำพูนร่วมกับภาคีเครือข่าย คือเทศบาลต.นง ดำเนินการและตรวจซ้ำอย่างสม่ำเสมอ

๒.๓ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคและนวัตกรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย

๒.๓.๑ การพัฒนางานด้านคุณภาพอาหาร “รอบรู้โรงเรียน”

จังหวัดลำพูนได้ดำเนินการผลักดันทุกภาคส่วนราชการและบูรณาการการทำงานร่วมกันทั้งกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการร่วมมือดำเนินการภายใต้นโยบาย อาหารปลอดภัยรอบรู้โรงเรียน โดยถือเป็นนโยบายหลักสำคัญเร่งด่วน หรือ Quick win ของจังหวัด เป้าหมายเพื่อให้เกิดการจัดสภาพแวดล้อมด้านอาหาร จัดการด้านอาหารในและรอบรู้โรงเรียนเป็นอาหารที่เหมาะสมปลอดภัยต่อสุขภาพนักเรียน โดยอาศัยวิธีการทดสอบอาหาร อย่างง่าย ทำความเข้าใจ ให้ความรู้กับ

ผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชนและ ให้ความรู้ ในเรื่องการเลือกซื้ออาหารและวิธีการดูแลสุขภาพของนักเรียน โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ในพื้นที่ โรงเรียน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ปกครองและ ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด มีโรงเรียนประถมและมัธยมจำนวน ๒๒๒ แห่งพบว่า

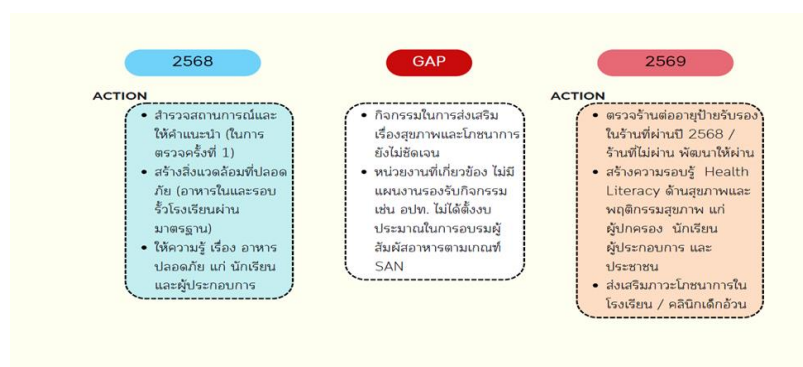
ด้านการประเมินความรู้ เรื่องอาหารปลอดภัย ของนักเรียนและผู้ประกอบการ

- นักเรียน มีความรอบรู้ ด้านอาหารปลอดภัย เพิ่มขึ้น จากเดิม ร้อยละ ๕๓.๘๖ เป็น ร้อยละ ๗๘.๖๓
- ผู้ประกอบการร้านค้า จากเดิม ร้อยละ ๗๙.๖๙ เป็น ร้อยละ ๙๘.๖๖

ด้านการตรวจประเมินร้านค้า ร้านจำหน่ายอาหารปรุงสุกและร้านอาหารจำหน่ายอาหารสำเร็จรูป

(ใช้เกณฑ์มาตรฐานการประเมินสุขาภิบาลอาหาร SAN โปรแกรมการประเมินร้านค้า GRDU และการตรวจสารปนเปื้อน)

- ร้านค้าในโรงเรียน ผ่านเกณฑ์การประเมินเพิ่มขึ้น จากเดิมร้อยละ ๕๓.๐๙ เป็น ร้อยละ ๑๐๐
- ร้านค้ารอบรั้วโรงเรียน จากเดิมร้อยละ ๒๔.๗๘ เป็นร้อยละ ๙๘.๒๖



๒.๓.๒ การพัฒนาร้านค้าคุณภาพ จากโปรแกรม GRDU ในบ้านชัยสถานตำบลอุโมงค์ อ.เมือง ลำพูน เพื่อลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล

จากการติดตาม Proactive Hospital base surveillance การติดตามเชิงรุก จาก โรงพยาบาลลำพูนและ รพ.สต. เครือข่าย และจากศูนย์ข้อมูล เครือข่าย APR รพ ลำพูน พบการรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในปี ๒๕๖๗ เฉพาะรายการ ที่เป็น Trigger ในการเฝ้าระวังทั้งจังหวัดลำพูน จากจำนวน รายงาน

๑๗ รายงาน และจากการสำรวจพบประชาชนการขาดความรู้ใน พฤติกรรมการบริโภค เช่น การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการใช้อย่างไม่สมเหตุผลผลในชุมชน มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เหมาะสมในร้านชำ เช่น การพบการจำหน่ายอันตราย ยาควบคุมพิเศษ ผลิตภัณฑ์สุขภาพและวัตถุอันตราย ไม่มีฉลากภาษาไทย ไม่มีทะเบียน หมดอายุและเสื่อมสภาพ และจากข้อมูลที่สำรวจด้วยโปรแกรม GRDU พบรายการยาอันตรายยาและยาประเภทอื่นๆที่ห้ามจำหน่าย รวมทั้งรายการยาสมุนไพร และผลการวัดความรู้ความเข้าใจของผู้ประกอบร้านชำ อ.เมือง ตำบลอุโมงค์ดังนี้

ประเภทยา	อ.เมือง (รายการ)	ร้อยละ	ต.อุโมงค์ (รายการ)	ร้อยละ	บ้านชัยสถาน (ม.๑๐) (รายการ)	ร้อยละ
ยาสามัญประจำบ้าน	๔๑๑	๕๔.๙๕	๑๑๐	๔๙.๗๘	๕๔	๒๗.๒๘
ยาอันตราย	๓๑๘	๔๒.๕๑	๑๐๔	๔๗.๐๖	๑๔๐	๗๐.๗๐
ยาประเภทอื่นๆที่ห้ามจำหน่าย	๑๙	๒.๕๔	๗	๓.๑๖	๔	๒.๐๒
รวม	๗๔๘	๑๐๐.๐๐	๒๒๑	๑๐๐.๐๐	๑๙๘	๑๐๐.๐๐

โดยรายการยาอันตรายที่พบมากที่สุดในพื้นที่ ต.อุโมงค์ ๕ อันดับแรก (ปี ๒๕๖๓) และบ้านชัยสถาน ได้แก่ ทิฟฟี่เดย์ (Tiffy day) ดีคอลเจนพรีม (Decolgen prin) ยาธาตุน้ำขาวตรากระต่ายบิน ยาป้ายแผลในปาก TA ORAL PASTE ยาห่มใจ และ ซูลิดีนซีพี (Sulidine CP)-บรรจุเสร็จ

ประเภทยา	อ.เมือง (รายการ)	ร้อยละ	ต.อุโมงค์ (รายการ)	ร้อยละ	บ้านชัยสถาน (ม.๑๐) (รายการ)	ร้อยละ
ยาสมุนไพรมีฉลากภาษาไทยขายได้ทั่วไป	๒๘๑	๗๔.๗๓	๗๔	๗๗.๐๘	๓๑	๘๖.๑๑
ยาสมุนไพรขายได้เฉพาะมีใบอนุญาต	๘๙	๒๓.๖๗	๑๘	๑๘.๗๕	๕	๑๓.๘๙
ยาสมุนไพรประเภทอื่นๆที่ห้ามจำหน่าย เช่น เสื่อมสภาพ หมดอายุ ไม่มีทะเบียน ไม่มีฉลากภาษาไทย	๖	๑.๖๐	๔	๔.๑๗	๐	๐.๐๐
รวม	๓๗๖	๑๐๐	๙๖	๑๐๐	๓๖	๑๐๐

รายละเอียดการประเมินตามเกณฑ์	อ.เมือง (๒๐๙ ร้าน)			ต.อุโมงค์ (๒๓ ร้าน) ม๑๐,๑		
	ค่าเฉลี่ย	SD	ผลการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	SD	ผลการประเมิน
หมวดที่ ๑ การเข้าถึงข้อมูล	๓.๖๓	๑.๒	มาก	๒.๘๔	๑.๐๒	ปานกลาง
หมวดที่ ๒ ความเข้าใจ	๔.๐๔	๑.๐๔	มาก	๓.๓๐	๐.๘๕	ปานกลาง
หมวดที่ ๓ การโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน	๓.๗๙	๑.๑๕	มาก	๒.๘๕	๑.๔๐	ปานกลาง
หมวด ที่ ๔ การตัดสินใจ	๔.๐๖	๑.๐๕	มาก	๓.๔๐	๑.๐๙	ปานกลาง
หมวดที่ ๕ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	๓.๕๗	๑.๒๑	มาก	๒.๕๑	๐.๘๙	ปานกลาง
หมวดที่ ๖ การบอกต่อ	๓.๕๓	๑.๒๕	มาก	๒.๔๐	๑.๐๓	น้อย
รวม	๓.๘๐	๑.๑๓	มาก	๒.๙๒	๑.๐๐	ปานกลาง

งานคุ้มครองผู้บริโภคเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อช่วยส่งเสริมผู้ป่วยและประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และช่วยแนะนำและบอกต่ออย่างตรงจุด โดยใช้กลยุทธ์ของ V-PEOPLE LAMPHUN ในการจัดการปัญหาดังกล่าว ซึ่งมีนวัตกรรมช่วยเสริมการทำงาน ได้แก่ การเฝ้าระวังโครงการสำรวจร้านชำและพัฒนาร้านชำด้วยโปรแกรมเฝ้าระวังยาและเวชภัณฑ์สุขภาพในชุมชน G-RDU&G-SHP และการวัดความรอบรู้ผู้ประกอบการร้านชำจากโปรแกรมดังกล่าว (โปรแกรมการพัฒนาดังกล่าวจากองค์การอาหารและยา) มีการใช้นวัตกรรมสื่อและกระบวนการ MELT model จาก เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ของผู้ประกอบการร้านชำ MELT model ประกอบด้วย

M=media จัดจำและใช้งานง่าย ได้แก่ รูปแบบผสมผสานระหว่างโปสเตอร์ยาสามัญประจำบ้าน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ปฏิทินแขวนความรู้ประจำปีสำหรับร้านค้า ในส่วนของตำบลอุโมงค์ สำหรับอสม ตาวิเศษ พัฒนาถูงย่าม จากการอบรมประชุม RDU บรรจุ รายการยาสามัญประจำบ้าน ที่เป็นผลิตภัณฑ์จริงในการช่วยให้ร้านค้า ร้านชำ จัดจำได้ง่ายยิ่งขึ้น

E= Empowerment การเยี่ยมเสริมพลังชุมชน

L=Language ใช้ภาษาเดียวกับกลุ่มเป้าหมาย

T= Training ได้บูรณาการเข้าสู่รูปแบบ V-PEOPLE LAMPHUN

ผลการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังยาและเวชภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยการใช้โปรแกรม G-RDU& G-SHP ปี ๒๕๖๗ (๒๓ ร้าน) ปี ๒๕๖๘ จากจำนวน (๗๕ ร้าน) ด้วย อสม ตาวิเศษ ด้วยคุณสมบัติ V-PEOPLE LAMPHUN และกระบวนการ MELT Model

๑. พบรายการยาอันตราย ลดลงอย่างชัดเจน จาก ร้อยละ ๗๐.๗๐ เป็นร้อยละ ๒๕.๒๖ และมีการจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ ๒๗.๒๘ เป็น ร้อยละ ๕๖.๘๔

ประเภทยา	ปี ๒๕๖๗ (๒๓ ร้าน)				ปี ๒๕๖๘ (๗๕ร้าน)				%การเปลี่ยนแปลงของชนิดรายการยาในร้านชำบ้านชัยสถาน
	ตำบลอุโมงค์ (รายการ)	ร้อยละ	บ้านชัยสถาน (ม๑๐) (รายการ)	ร้อยละ	ตำบลอุโมงค์ (รายการ)	ร้อยละ	บ้านชัยสถาน (ม๑๐) (รายการ)	ร้อยละ	
ยาสามัญประจำบ้าน	๑๑๐	๔๙.๗๘	๕๔	๒๗.๒๘	๑๕๖	๓๐.๘๙	๕๔	๕๖.๘๔	 % ๒๙.๕๖
ยาอันตราย	๑๐๔	๔๗.๐๖	๑๔๐	๗๐.๗๐	๒๓๗	๔๖.๙๓	๒๔	๒๕.๒๖	 % ๔๕.๑๐
ยาประเภทอื่นๆที่ห้ามจำหน่าย	๗	๓.๑๖	๔	๒.๐๒	๑๑๒	๒๒.๑๘	๑๗	๑๗.๙๐	 % ๑๕.๘๘
รวม	๒๒๑	๑๐๐	๑๙๘	๑๐๐	๕๐๕	๑๐๐	๙๕	๑๐๐	

๒. มีการจำหน่ายยาสมุนไพรขายได้ทั่วไปลดลงจากเดิม คือ ร้อยละ ๘๖.๑๑ เป็น ร้อยละ ๘๓.๓๓

ประเภทยา	ปี ๒๕๖๗ (๒๓ ร้าน)				ปี ๒๕๖๘ (๗๕ ร้าน)				%การเปลี่ยนแปลงของ ชนิดรายการยาในร้านชำ บ้านชัยสถาน ตำบลอุโมงค์ (รายการ)
	ตำบล อุโมงค์ (รายการ)	ร้อยละ	บ้านชัย สถาน (ม๑๐) (รายการ)		ตำบล อุโมงค์ (รายการ)	ร้อยละ	บ้านชัย สถาน (ม๑๐) (รายการ)		
ยาสมุนไพรมีฉลาก ภาษาไทยขายได้ทั่วไป	๗๔	๗๗.๐๘	๓๑	๘๖.๑๑	๑๔๓	๖๘.๑๐	๒๕	๘๓.๓๓	 % ๒.๗๘
ยาสมุนไพรขายได้ เฉพาะมีใบอนุญาต	๑๘	๑๘.๗๕	๕	๑๓.๘๙	๕๒	๒๔.๗๖	๕	๑๖.๖๗	 % ๒.๗๘
ยาประเภทอื่นๆที่ห้าม จำหน่าย	๔	๔.๑๗	๐	๐.๐๐	๑๕	๗.๑๔	๐	๐.๐๐	 % ๐
รวม	๙๖	๑๐๐	๓๖	๑๐๐	๒๑๐	๑๐๐	๓๐	๑๐๐	

๓. ความรอบรู้ความเข้าใจของผู้ประกอบร้านชำ อ.เมือง ตำบลอุโมงค์ ปี ๒๕๖๗ เทียบ ปี ๒๕๖๘ พบว่า
หมวดที่ ๒ ความเข้าใจเพิ่มขึ้น จากระดับ ปานกลาง เป็น ระดับมาก และหมวดที่ ๖ การบอกต่อเพิ่มขึ้น จากระดับ
น้อย เป็นระดับปานกลาง แต่ในภาพรวมทุกหมวด (๑-๖) ค่าคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้น จาก ๒.๙๒ เป็น ๓.๓๐

รายละเอียดการประเมินตามเกณฑ์	ปี ๒๕๖๗			ปี ๒๕๖๘			การเปลี่ยนแปลง
	ต.อุโมงค์ (๒๓ ร้าน) ม๑๐,๑			ต.อุโมงค์ (๗๕ ร้าน)			
	ค่าเฉลี่ย	SD	ผลการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	SD	ผลการประเมิน	
หมวดที่ ๑การเข้าถึงข้อมูล	๒.๘๔	๑.๐๒	ปานกลาง	๓.๐๑	๐.๙๖	ปานกลาง	
หมวดที่ ๒ ความเข้าใจ	๓.๓๐	๐.๘๕	ปานกลาง	๓.๖๓	๐.๗๑	มาก	
หมวดที่ ๓ การได้ตอบ ชักถามแลกเปลี่ยน	๒.๘๕	๑.๔๐	ปานกลาง	๓.๓๒	๐.๙๐	ปานกลาง	
หมวดที่ ๔ การตัดสินใจ	๓.๔๐	๑.๐๙	ปานกลาง	๓.๘๖	๐.๗๒	ปานกลาง	
หมวดที่ ๕ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	๒.๕๑	๐.๘๙	ปานกลาง	๒.๘๒	๐.๘๖	ปานกลาง	
หมวดที่ ๖ การบอกต่อ	๒.๔๐	๑.๐๓	น้อย	๒.๙๕	๐.๙๔	ปานกลาง	
รวม	๒.๙๒	๑.๐๐	ปานกลาง	๓.๓๐	๐.๘๓	ปานกลาง	



๒.๓.๓ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร

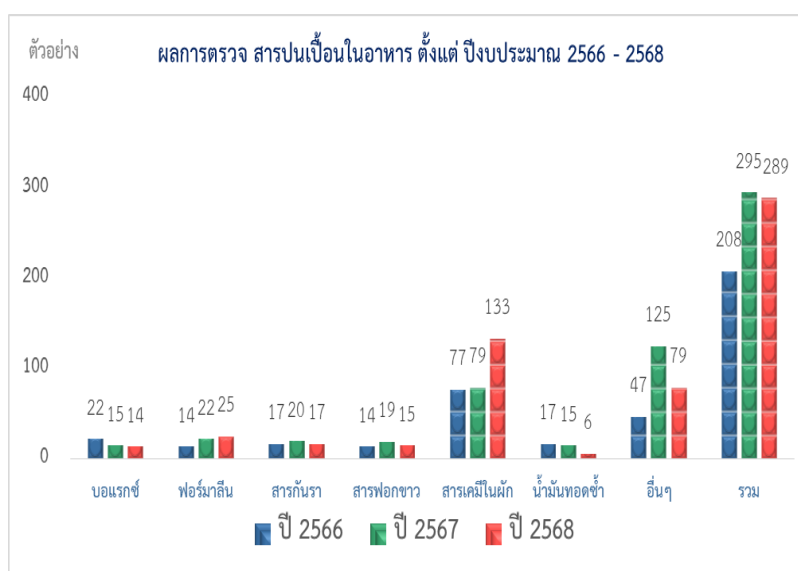
สาธารณสุขสาขาคู่มือครองผู้บริโภครจังหวัดลำพูน โดยตัวแทนของ อาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลเหมืองจี้ คุณยุพิน
กายทวรรณ ได้รับการคัดเลือกและนำเสนอผลงานด้านงานคู่มือครองผู้บริโภค ระดับประเทศ และได้รับการคัดเลือก
เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข สาขาคู่มือครองผู้บริโภค ระดับชาติ ปี ๒๕๖๘

๒.๓.๔ การพัฒนาศักยภาพศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนและเครือข่ายองค์การตลาดสาขาป่าเหว
กระทรวงมหาดไทย สู่ตลาดต้นแบบตามแนวคิด BCG Model

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุโมงค์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายองค์การ

ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน		
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๘
๑. จำนวนชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นแบบระดับอำเภอ	๑ แห่ง	๒ แห่ง
๒. ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	๑ ตำบล	๒ ตำบล
๓. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ที่ดำเนินการในพื้นที่	ร้อยละ ๑๐๐ (๑๐ ทีม)	๑๐๐ (๑๐ ทีม)
๔. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ค.ป.ค.ม.	ร้อยละ ๑๐๐ (๑๘ แห่ง)	๑๐๐ (๑๘ แห่ง)
๕. อำเภอเมืองลำพูนผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามเกณฑ์ UCCARE	ผ่านระดับ ๓ (สูงสุด ระดับ ๕)	๔.๐๐
๖. ร้อยละของกองทุนสุขภาพตำบลที่เข้าร่วม LTC	ร้อยละ ๕๐ (แบบสะสม)	๑๐๐ (๑๖ อปท.)

ตลาดป่าเหว ตำบลอุโมงค์ จังหวัดมหาสารคาม รวมถึงเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑ เชียงใหม่ เพื่อนำเสนอผลงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับประเทศ หนึ่งในเกณฑ์สำคัญของการคัดเลือกตลาดต้นแบบองค์การตลาดจังหวัดมหาสารคาม ตามแนวคิด BCG Model Green Market คือ การเฝ้าระวังสารปนเปื้อนในวัตถุดิบอาหารอาหารปรุงสุก และน้ำบริโภค โดยต้องมีการตรวจเฝ้าระวังเป็นประจำทุกเดือน เพื่อประเมินความปลอดภัยด้านสุขภาพอาหารและน้ำ ซึ่งช่วยสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้บริโภค จากผลการตรวจสอบปนเปื้อนในตลาดป่าเหว ซึ่งดำเนินการโดย อสม. นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนที่ผ่านการอบรม พบว่าในปี ๒๕๖๘ มีการสุ่มตรวจตัวอย่างอาหารในจำนวนใกล้เคียงกับปีก่อน คือ ๒๘๙ ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๑.๗๑ ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘.๒๙ ตัวอย่างที่ไม่ผ่านส่วนใหญ่พบ สารฟอร์มาลินในอาหารทะเล เป็นหลัก



งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย

การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ผ่านกลไกการขับเคลื่อน พชอ.คุณภาพ ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ขับเคลื่อนในทุกๆ พื้นที่ จากระดับอำเภอสู่ระดับตำบลและสู่ระดับหมู่บ้าน ในประเด็นสำคัญ ๕ ประเด็น ๕ เมือง ได้แก่

๑. สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อคุณภาพชีวิต ชุมชนสะอาด สิ่งแวดล้อมดี (เมืองน่าอยู่)
๒. ควบคุมป้องกันโรค/ภัยสุขภาพ และลดอุบัติเหตุทางจราจร (เมืองปลอดภัย)
๓. ลด ละ เลิก เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และยาเสพติด (เมืองคุณธรรม)
๔. ส่งเสริมอาหาร ยาปลอดภัย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (เมืองสุขภาพดี)
๕. การดูแลกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ และการป้องกันการฆ่าตัวตาย (เมืองเอื้ออาทร)

เกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรมในการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาตามบริบทของพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ได้แก่

สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อคุณภาพชีวิต ชุมชนสะอาด สิ่งแวดล้อมดี (เมืองน่าอยู่) มุ่งให้เกิด สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อคุณภาพชีวิต ชุมชนสะอาด สิ่งแวดล้อมดี ชุมชน สะอาดสู่ความยั่งยืน โดยมีกระบวนการหลักในการขับเคลื่อน คือ

๑. มีมาตรการลดขยะต้นทาง กลางทาง ปลายทาง
๒. มีการคัดแยกขยะในครัวเรือน/จัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน /กำจัดขยะถูกต้อง
๓. ชุมชน/ตำบล ปลอดภัย ลดการใช้พลาสติก
๔. รพ.และ รพ.สต. มีการแยก/กำจัดขยะติดเชื้อ

๕. สร้างครัวเรือน วัด ชุมชน ต้นแบบและ นวัตกรรม การจัดการขยะ ได้แก่ พื้นที่ตำบลหนองช้างคืน “เมืองน่าอยู่ ตำบลหนองช้างคืนร่วมใจส่งเสริมจัดการขยะในชุมชน” และตำบลเหมืองง่า “เหมืองงามเมืองน่าอยู่” รวมถึงการจัดกิจกรรม “เมืองลำพูน บ้านน่าเยือน เอือนน่าอยู่” ครอบคลุมทุกตำบล การจัดเตรียมสถานที่และจัดทำห้องปลอดฝุ่น ให้ครบทุก setting และการจัดทำถังสูฝุ่น สำหรับกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ที่บ้าน/ที่อยู่อาศัย ไม่พร้อมทำห้องปลอดฝุ่น

ควบคุมป้องกันโรค/ภัยสุขภาพ และลดอุบัติเหตุทางจราจร (เมืองปลอดภัย) มุ่งให้เกิดการควบคุมป้องกันโรค/ภัยสุขภาพ ตำบล/ชุมชนต้นแบบป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โดยมีกระบวนการหลักในการขับเคลื่อน คือ

๑. พัฒนาศักยภาพ ทีม CDCU ทีมโควิดตำบล
๒. ใช้/สร้าง นวัตกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค
๓. จัดกิจกรรม Big Cleaning Day เป็นประจำทั้งก่อนฤดู ในฤดู และหลังฤดู การระบาดของโรคไข้เลือดออก
๔. สร้างบุคคลต้นแบบ หรือบ้านต้นแบบ ได้แก่พื้นที่ตำบลอุโมงค์ด้านการลดอุบัติเหตุทางจราจร มุ่งให้เกิดศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนต้นแบบ “ตำบลซบซิบี่ ปลอดภัย โดยมีกระบวนการหลักในการขับเคลื่อน

คือ ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ เพื่อพัฒนาสู่อำเภอซบซิบี่ ปลอดภัย (District Road Traffic Injury : D-RTI) ดังนี้

๑. กิจกรรมหนุนเสริมตำบลซบซิบี่ปลอดภัยใน “ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.ท้องถิ่น)” ครอบคลุมทั้ง

๒. กิจกรรมการซ้อมแผน/ถอดบทเรียน ผลการดำเนินงานและนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาต่อยอดจาก ศปถ.ท้องถิ่น ต้นแบบ

๓. กิจกรรมการสวมหมวกนิรภัยให้เกิดความต่อเนื่องในทุกส่วนราชการ องค์กร

๔. กิจกรรมเสริมพลังเด็กและเยาวชนเพื่อความปลอดภัยทางถนน “ผ่านกลไกสภาเด็ก” และแกนนำนักเรียนในโรงเรียน

๕. กิจกรรม Saveสมองเด็กไทย ด้วยการใส่หมวกกันน็อก ครบทุกศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ลด ละ เลิก เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และยาเสพติด (เมืองคุณธรรม) มุ่งให้เกิดการ ลด ละ เลิก เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และปลอดภัย ยาเสพติด ชมรม To Be Number one ชุมชนสีขาว CBTX ชุมชนลด/งดแอลกอฮอล์ โดยมีกระบวนการหลักในการขับเคลื่อน คือ

๑. รณรงค์กิจกรรมลด/งดเหล้าเข้าพรรษา งานบุญปลอดภัย งานศพงดเหล้า

๒. สร้างชุมชนต้นแบบคนสู้เหล้า/บุหรี่

๓. สถานศึกษา สถานที่ราชการ วัด ที่สาธารณะปลอดภัยเหล้า/บุหรี่

๔. สถานประกอบการทุกประเภทปฏิบัติตามกฎหมาย

๕. มีการค้นหา สุ่มตรวจ คัดกรอง ยาเสพติด

๖. มีชมรมต้านยาเสพติด บ้าน โรงเรียน อปท.

๗. มีศูนย์คัดกรอง ศูนย์บำบัด และฟื้นฟูสภาพยาเสพติด ทุกตำบล พื้นที่ที่มีผลการดำเนินงานเป็นต้นแบบ คือ ตำบลอุโมงค์ “คลินิกชุมชนฟ้าใส บ้านชัยสถานปลอดภัยบุรี” รวมทั้งกิจกรรมการขับเคลื่อนโรงเรียนปลอดภัยบุรีบุรีไฟฟ้า

ส่งเสริมอาหาร ปลอดภัย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (เมืองสุขภาพดี) มุ่งให้เกิดการส่งเสริมอาหาร ปลอดภัย และการออกกำลังกาย มีการจัดระบบการกำกับ ดูแล ตรวจสอบ เฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการบริโภคด้านอาหาร ยา การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง วัตถุเสพติด และวัตถุอันตราย และความปลอดภัยจากการรับบริการของประชาชนจากสถานพยาบาลและสถานประกอบการด้านสุขภาพ งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม จึงได้ดำเนินการจัดระบบการกำกับ ดูแล ตรวจสอบ เฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภคให้เป็นไปตามกฎหมายที่กำหนด ในโรงพยาบาลและเครือข่าย รวมไปถึงการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการร่วมกันตรวจสอบมาตรฐานของผลิตภัณฑ์ สถานประกอบการ การโฆษณา และการจัดการกับข้อร้องเรียนของผู้บริโภค โดยเฉพาะการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารปลอดภัย ทำให้ผักและผลไม้สดในอำเภอเมืองลำพูนมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพิ่มขึ้น ในชุมชนมีกระบวนการหลักในการขับเคลื่อน คือ

๑. กิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค อาหารปลอดภัย เกษตรอินทรีย์ งดใช้ ๓ สารเคมีอันตราย (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส และไกลโฟเซต)

๒. ปลุกผักสวนครัว รั้วกินได้ ที่วางสร้างอาหาร

๓. ส่งเสริมใช้ยาปลอดภัยในชุมชน

๔. การปลูก ผลิต ใช้ ยาสมุนไพร ในชุมชน ได้แก่ พื้นที่ตำบลเหมืองจี้ “เครือข่าย บวร.ร.เหมืองจี้ปลอดภัยใช้ยาสมุนไพร” ซึ่ง ประธาน อสม. ตำบลเหมืองจี้ ได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นระดับประเทศ ประจำปี ๒๕๖๘ สาขาการคุ้มครองผู้บริโภค ส่วนในด้านความรู้ด้านสุขภาพ โรคเรื้อรัง มีกระบวนการหลักในการขับเคลื่อน คือการพัฒนากระบวนการ NCD คุณภาพด้วยโปรแกรม NCDsX และ Healthy DM ทุก รพ.สต. ต่อยอดด้วยกระบวนการ Health Literacy (HL) ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งดำเนินการคลินิกหยุดยาเบาหวาน (DM Remission Clinic) พื้นที่ที่เป็นต้นแบบ ได้แก่ พื้นที่ตำบลบ้านม้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม้า ต.ศรีบัวบาน อ.เมืองลำพูน ได้รับรางวัล องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพระดับประเทศ (รพ.สต./สอน.) ระดับดี การประชุมเชิงปฏิบัติการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนงานองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO of the Year ๒๐๒๓) และตำบลประตูปา รพ.สต.ประตูปา ทีมคนวังมุยฮักสุขภาพ บ้านวังมุย ม.๑ โรงเรียนบ้านศรีสุพรรณ ได้รับรางวัลชนะเลิศ อันดับ๑ในการนำเสนอผลงาน "ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับเขตสุขภาพที่ ๑ "

การดูแลกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ และการป้องกันการฆ่าตัวตาย (เมืองเอื้ออาทร) มุ่งให้เกิด ต้นแบบตำบล LTC ศูนย์สานสายใย ห่วงใยกัน ตำบล คนเมืองมีสุข โมเดล ๔ Pillars ป้องกันการฆ่าตัวตาย ในชุมชนมีกระบวนการหลักในการขับเคลื่อน คือ

๑. คัดกรองและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ทุกราย
๒. อปท.ทุกแห่ง มีและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ
๓. ชุมชนคัดกรอง และช่วยเหลือ ดูแลกลุ่มเปราะบาง
๔. ใช้ โมเดล ๔ Pillars ป้องกันการฆ่าตัวตาย
๕. การดูแลคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ทุกราย
๖. มีคณะกรรมการติดตามเยี่ยม ให้การดูแล ช่วยเหลือ และสร้างความรอบรู้ด้านคุณภาพชีวิต
๗. จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดหาอุปกรณ์ กองทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้พิการ พื้นที่ที่เป็นต้นแบบ ได้แก่ พื้นที่ตำบลป่าสัก “ศูนย์สานสายใย ห่วงใยกัน” และ พื้นที่ตำบลเหมืองจี้ “ศูนย์กุใจ ๔ Pillars เรดาร์ดักจับ” กิจกรรมขยายการขับเคลื่อนงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Cities :AFC) กิจกรรมขับเคลื่อนสถานีพักใจระดับตำบล (BPSC)

การทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จะเห็นว่ากลไกที่เป็นฟันเฟืองสำคัญในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายส่วนหนึ่งเกิดจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขเป็นฝ่ายเลขา คณะกรรมการมาจากทุกภาคส่วน ภาคีเครือข่าย ร่วมกันกำหนดนโยบาย วางแผนขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ทุกระดับ ทั้งระดับตำบล หมู่บ้าน ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สอดคล้องกับบริบท มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน นำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี เมืองสุขภาพดี เกิดชุมชนสุขภาวะ และเกิดความยั่งยืน รูปธรรมในช่วงสถานการณ์โรคโควิด ๑๙ พขอ.ยังมีส่วนสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคในพื้นที่ สร้างการรับรู้และความเข้าใจในการป้องกันตนเองให้กับคนในชุมชนและนอกชุมชน นำไปสู่การสร้างคุณภาพชีวิตวิถีใหม่

การจัดระบบบริการที่มีคุณภาพและเชื่อมโยงต่อเนื่องทั้งเครือข่ายบริการปฐมภูมิและให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่เหมาะสม และปลอดภัย ทำให้อำเภอเมืองลำพูนมีหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (PCU/NPCU) ครบร้อยละ ๑๐๐ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ เป็นต้นมา โดยปัจจุบัน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เปิดดำเนินการตามเกณฑ์ครอบคลุมพื้นที่อำเภอเมืองลำพูนจำนวนทั้งหมด ๑๐ ทีม เชื่อมโยงการทำงานร่วมกับชุมชนด้วยระบบและกลไกของ ๓ หมอ รวมทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งผ่านการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ค.ป.ค.ม.)

ที่มา : กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

◆ กลุ่มงานสุขศึกษา

๑. บริบท ขอบเขต และกระบวนการหลัก

๑.๑ บริบท (Context)

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรด้านสุขศึกษาเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ นำสู่การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน

พันธกิจ : ๑) ดำเนินงานกระบวนการสุขศึกษาให้เป็นไปตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้าน
สุขศึกษา

๒) มุ่งมั่นให้บริการที่ดี มองภาพองค์รวม และคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

๓) สนับสนุนการสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพ

ค่านิยม : ร่วมขับเคลื่อนค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ เป็นนายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจ
ประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม

ความสามารถหลัก : การมองภาพองค์รวม การสื่อสารเชิงใจ การจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ

หน้าที่และเป้าหมาย

หน้าที่ : ให้บริการสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย ญาติ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและ
ประชาชนในชุมชน โดยดำเนินการศึกษา วิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข ปัญหาสุขภาพ วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ
กำหนดกิจกรรมและพฤติกรรมเป้าหมาย วางแผนดำเนินงานสุขศึกษา และดำเนินการจัดกิจกรรมการเรียนรู้
ด้านสุขภาพ การให้บริการปรึกษารายบุคคล การฝึกทักษะด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ
กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการจัดศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพ มุมสุขภาพ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร จัดกิจกรรมรณรงค์
ทางด้านสาธารณสุข สนับสนุนการสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังพฤติกรรมด้านสุขภาพ และติดตาม
ประเมินผลการดำเนินงานสุขศึกษา รวมทั้งรับผิดชอบงานให้คำปรึกษา แนะนำ สอน ฝึกอบรม พัฒนาบุคลากร
ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขศึกษาทั้งในหน่วยงาน และสถานบริการสาธารณสุขเครือข่าย เป็นไปตามมาตรฐาน
บริการสุขศึกษา และงานศึกษาวิจัย และพัฒนาด้านสุขศึกษา

เป้าหมาย : การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนและส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยและครอบครัว

๑.๒ ขอบเขตการให้บริการ

๑. ด้านการปฏิบัติการ : ร่วมปฏิบัติการในการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม การคัดกรอง
การควบคุมป้องกันโรค และภัยสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ร่วมปฏิบัติงานส่งเสริม
ควบคุม กำกับมาตรฐาน งานด้านสาธารณสุข

๒. ด้านการวางแผน : วางแผนการทำงานที่รับผิดชอบ และร่วมดำเนินการวางแผนการทำงานของหน่วยงาน
วางแผนงานหรือโครงการ หรือ โปรแกรมสุขศึกษา หรือ แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา

๓. ด้านการประสานงาน : ประสานการทำงานร่วมกันทั้งภายในและภายนอกทีมงานหรือหน่วยงาน เพื่อให้
เกิดความร่วมมือและผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนดไว้ รวมทั้ง ชี้แจงและให้รายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูล
ข้อเท็จจริง แก่บุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจหรือความร่วมมือในการดำเนินงานตามที่ได้รับ
มอบหมาย

๔. ด้านการบริการ : ตรวจสอบสภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ให้มีคุณภาพและเหมาะสมแก่การนำไปใช้งาน
อยู่เสมอ ร่วมนิเทศงานด้านสาธารณสุขให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สนับสนุนการถ่ายทอดความรู้
หรือเทคโนโลยี

๕. การให้บริการสุขศึกษาและจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ : ให้บริการแก่ผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน

และความดันโลหิตสูง รพ.ลำพูน และรพ.ลำพูน สาขาเวียงยอง ให้บริการแก่กลุ่มเสี่ยงในชุมชน ตามกิจกรรมที่ได้รับ การประสานงานมาจากเครือข่าย ให้บริการแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูน ตามความเหมาะสม

๖. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และรณรงค์ทางด้านสาธารณสุข : เผยแพร่ข้อมูลทาง สื่ออิเล็กทรอนิกส์ จัดหมายข่าว และมุมสุขภาพ/ศูนย์การเรียนรู้ จัดกิจกรรมรณรงค์ให้สอดคล้องกับปฏิทินสาธารณสุข และโรคตาม ฤดูกาล รวมทั้งโรคระบาด

๗. การสนับสนุนการสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพ : การสนับสนุนเครือข่าย เช่น เครือข่ายสุขภาพศึกษา โรงพยาบาลลำพูน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองลำพูน เครือข่ายสื่อมวลชนและองค์กรปกครองท้องถิ่น เครือข่ายแกนนำชุมชน การร่วมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย เช่น วิทยากรให้ความรู้ ให้บริการทางวิชาการ

๘. การเฝ้าระวังพฤติกรรมด้านสุขภาพ และติดตามการดำเนินงานสุขภาพ : เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูน และกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ติดตามการดำเนินงานสุขภาพและสรุปรายงาน เพื่อประกอบการวางแผนในการปฏิบัติงาน

๙. งานศึกษาวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ : ศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัย สืบค้น รวบรวม ข้อมูลทาง วิชาการเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุข เช่น การบริการด้านสาธารณสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ นวัตกรรมสุขภาพ ร่วมพัฒนาเนื้อหา องค์ความรู้ คุณภาพมาตรฐานเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุข และระบบบริการ สุขภาพ เกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุขและระบบบริการสุขภาพ

๑๐. งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย : อาทิเช่น ร่วมงานสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพในเรือนจำ ร่วมทีม EOC อ.เมืองลำพูน หน่วยบริการเคลื่อนที่ ร่วมขับเคลื่อน GREEN & CLEAN Hospital ร่วมขับเคลื่อน Wellness Center ร่วมขับเคลื่อนองค์กรรับรู้สุขภาพ และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ได้รับมอบหมาย

๒. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator) ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๘

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. ร้อยละของบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๒๕.๐๐ kg/m ^๒ ขึ้นไปได้รับ ข้อมูลสุขภาพ และคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (๓๐. ๒๕.)	ร้อยละ ๓๐	๔๐.๕๗	๖๘.๗๐	๖๙.๐๘	๖๘.๗๒	๖๙.๗๕
๒. ร้อยละของบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๒๕.๐๐ kg/m ^๒ ขึ้นไป ได้รับการจัดกระบวนการสุขภาพศึกษาและพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ ๓๐	NA	๓๘.๕๕	๓๘.๘๒	๕๕.๒๐	๗๕.๐๐
๓. ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการจัด กระบวนการสุขภาพศึกษา มีภาวะสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ ๓๐	๕๙.๕๓	๓๘.๖๐	๓๘.๓๑	๓๒.๒๔	๓๘.๑๔
๔. ร้อยละของกลุ่มป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมด้านสุขภาพ (๓๐ ๒๕) ดีขึ้น	ร้อยละ ๖๐	NA	๖๗.๓๐	๖๘.๕๑	๖๘.๕๒	๗๐.๒๔
๕. ร้อยละของกิจกรรมโครงการที่ทำได้ตามแผน	ร้อยละ ๘๐	๙๐	๙๐	๙๕	๖๕	๘๐

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๖. ร้อยละของคะแนนการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา	ระดับคุณภาพ	ระดับคุณภาพ	ระดับคุณภาพ	ระดับคุณภาพ	ระดับพัฒนา	ระดับพัฒนา

๓. ประเด็นพัฒนา

๓.๑ การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

แนวทางการจัดกระบวนการสุศึกษา และติดตามพฤติกรรมสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลลำพูน

กลุ่มงานสุศึกษาจัดกระบวนการสุศึกษาจัดกระบวนการสุศึกษาและติดตามสุภาพเจ้าหน้าที่และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุภาพเจ้าหน้าที่แบบมีส่วนร่วม เช่น การแข่งขันกีฬา และใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุภาพเจ้าหน้าที่ซึ่งประกอบไปด้วย ๔ ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถาม จำนวน ๓ ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ตอนที่ ๒ ความรอบรู้ด้านสุภาพ จำนวน ๘ ข้อ, ตอนที่ ๓ ความตระหนักรู้ด้านสุภาพ จำนวน ๘ ข้อ และ ตอนที่ ๔ พฤติกรรมสุภาพเพื่อการป้องกันโรคไร้เชื้อ จำนวน ๑๓ ข้อ

แนวทางการจัดกระบวนการสุศึกษา และติดตามพฤติกรรมสุภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลลำพูน

กลุ่มงานสุศึกษาร่วมกับคลินิกเบาหวานพิเศษจัดกระบวนการสุศึกษาจัดกระบวนการสุศึกษาและติดตามสุภาพในกลุ่มเบาหวานที่ระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ ๒๕๐ mg/dL ติดตามทั้งหมด ๓ ครั้ง บริการให้คำปรึกษาเรื่องอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และการกินยา รวมไปถึงการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ไม่เกิน ๑๓๐ mg/dL

๓.๒ แผนการพัฒนาต่อเนื่อง (เพื่อตอบสนอง ตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุเป้าหมาย, ความท้าทายสำคัญของหน่วยงาน, ความเสี่ยงสำคัญที่ยังเป็นปัญหา)

๕.๒.๑ มีการจัดกิจกรรมตามแผนงาน หรือ โครงการ หรือ โปรแกรมสุศึกษา และการดำเนินกิจกรรมใช้การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสุศึกษาหรือ ทีมสหวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและครอบครัวและตัวแทนภาคประชาชน

๕.๒.๑ มีการ สนับสนุน เสริมพลังให้กับภาคีเครือข่าย แกนนำสุภาพภาคประชาชน ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุภาพ

๕.๒.๓ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุภาพและนำ ผลการเฝ้าระวังไปใช้ในการปรับกิจกรรมในแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุภาพ

๕.๓.๔ มีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุภาพกลุ่มป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้โปรแกรม NCD X ในโรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลลำพูนสาขาเวียงยอง

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator) ปี ๒๕๖๙

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
๑. ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลำพูน มีค่า HbA๑c >๗ และ/หรือ FBS > ๑๕๐ ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมด้านสุขภาพ (๓๐ ๒ส) ที่ถูกต้อง ดีขึ้น	ร้อยละ ๖๐
๒. ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลำพูน สาขาเวียงยอง มีค่า HbA๑c >๗ และ/หรือ FBS > ๑๕๐ ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมด้านสุขภาพ (๓๐ ๒ส) ที่ถูกต้อง ดีขึ้น	ร้อยละ ๖๐
๓. ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลำพูน มีค่า BP > ๑๔๐/๙๐ ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมด้านสุขภาพ (๓๐ ๒ส) ที่ถูกต้อง ดีขึ้น	ร้อยละ ๖๐
๔. ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลำพูนสาขาเวียงยอง มีค่า BP > ๑๔๐/๙๐ ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมด้านสุขภาพ (๓๐ ๒ส) ที่ถูกต้อง ดีขึ้น	ร้อยละ ๖๐
๕. ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลำพูน มีค่า HbA๑c >๗ และ/หรือ FBS > ๑๕๐ ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ ๓๐
๖. ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลำพูนสาขาเวียงยอง มีค่า HbA๑c >๗ และ/หรือ FBS > ๑๕๐ ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ ๓๐
๗. ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลำพูน มีค่า BP > ๑๔๐/๙๐ ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ ๓๐
๘. ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลำพูนสาขาเวียงยอง มีค่า BP > ๑๔๐/๙๐ ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ ๓๐
๙. ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลลำพูน ที่มี BMI เกินค่าปกติ ได้รับข้อมูลสุขภาพ และคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (๓๐ ๒ ส)	ร้อยละ ๖๐
๑๐. ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลลำพูน ที่มีระดับ Cholesterol สูงกว่าค่าปกติ (>๑๙๙ mg/dl) ได้รับข้อมูลสุขภาพ และคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (๓๐ ๒ ส)	ร้อยละ ๖๐
๑๑. ร้อยละของบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๒๕.๐๐ kg./m ^๒ ขึ้นไป ได้รับการจัดกระบวนการสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ ๖๐
๑๒. ร้อยละของบุคลากรในสถานประกอบการที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๒๕.๐๐ kg./m ^๒ ขึ้นไป ได้รับข้อมูลสุขภาพ และคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (๓๐ ๒ ส)	ร้อยละ ๖๐
๑๓. ร้อยละของบุคลากรในสถานประกอบการที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๒๕.๐๐ kg./m ^๒ ขึ้นไป ได้รับการจัดกระบวนการสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ ๓๐
๑๔. ร้อยละของบุคลากรในสถานประกอบการที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๒๕.๐๐ kg./m ^๒ ขึ้นไป ได้รับการจัดกระบวนการสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มีพฤติกรรมด้านสุขภาพ (๓๐ ๒ส) ที่ถูกต้อง ดีขึ้น	ร้อยละ ๖๐
๑๕. ร้อยละของคะแนนการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุศึกษา	ร้อยละ ๖๐

ที่มา : กลุ่มงานสุศึกษา

◆ กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม

สรุปผลงานกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

กลุ่มงานอาชีพเวชกรรมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แก่ผู้ประกอบการอาชีพ และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี มีความปลอดภัยในการทำงาน โดยจัดบริการด้านสุขภาพแก่ประชากรที่ประกอบอาชีพ ประกอบด้วย ให้บริการการตรวจสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และให้การรักษายาบาล มีการเฝ้าระวังโรคและสิ่งคุกคาม โดยมีการจัดบริการในโรงพยาบาล เช่น บริการอาชีวอนามัยสำหรับเจ้าหน้าที่คลินิกอาชีพเวชกรรมและคลินิกโรคจากการทำงาน และบริการนอกโรงพยาบาล เช่น หน่วยเคลื่อนที่ตรวจสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ ดังนี้

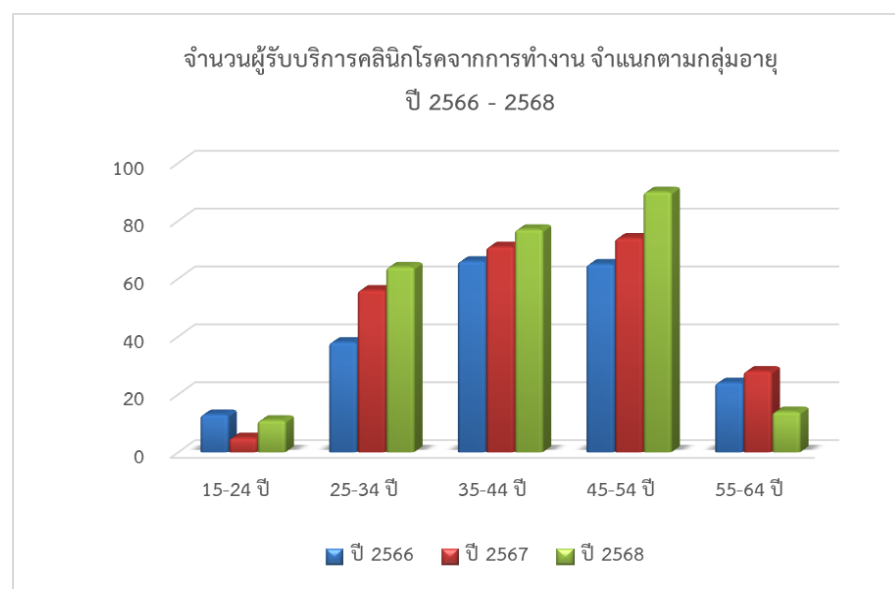
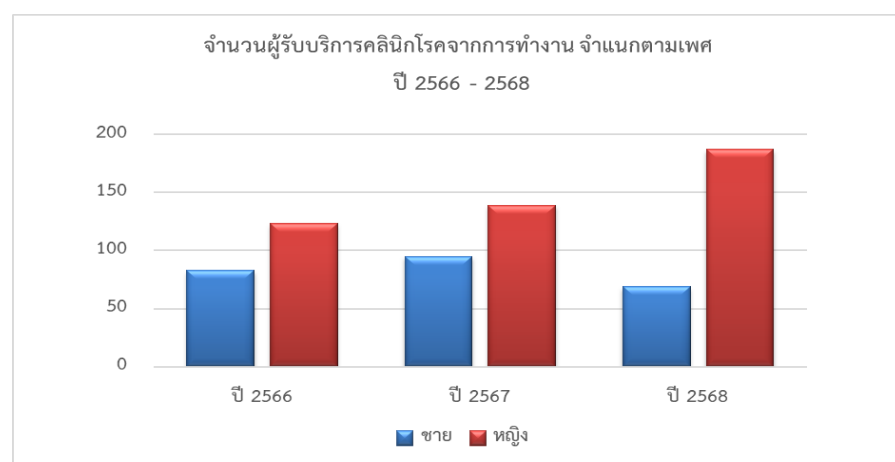
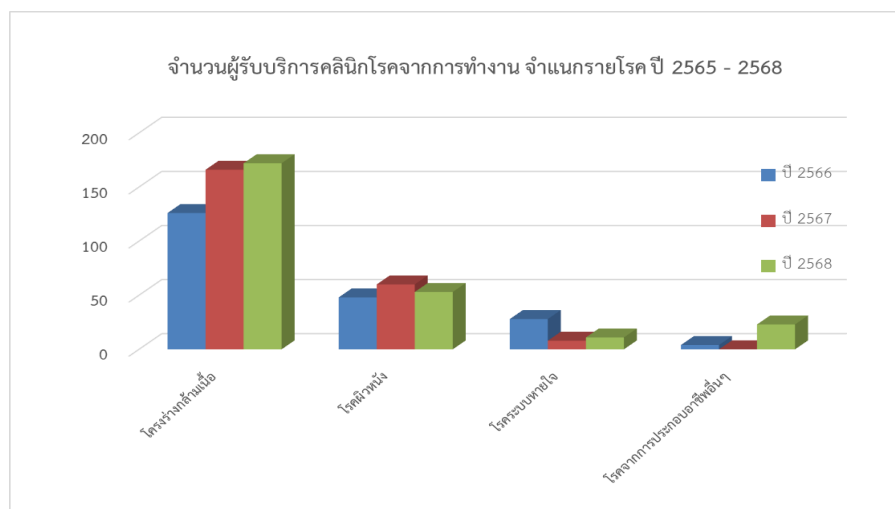
งานคลินิกอาชีพเวชกรรมและคลินิกโรคจากการทำงาน

■ จำนวนครั้งผู้รับบริการและรายได้แยกตามห้องตรวจ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘

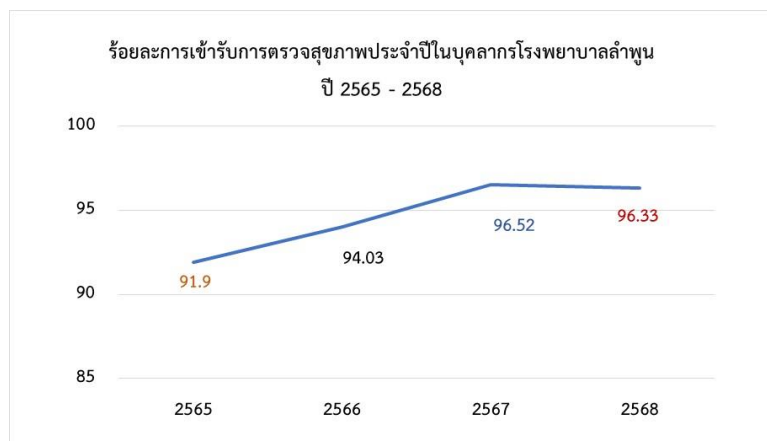
คลินิก	รายการ	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
คลินิกตรวจสุขภาพ	จำนวนรับบริการ (ครั้ง)	๕,๐๒๔	๕,๕๑๑	๗,๐๐๖
	รายรับ (บาท)	๑,๙๙๘,๒๐๙	๒,๑๒๒,๗๗๖	๒,๑๔๗,๙๗๖
ตรวจสุขภาพต่างด้าว	จำนวนรับบริการ (ครั้ง)	๑,๙๒๗	๑,๔๔๗	๓,๔๗๒
	รายรับ (บาท)	๓,๗๑๖,๒๔๕	๑,๘๓๗,๘๙๕	๕,๑๘๑,๑๖๐
ตรวจสุขภาพนอกรพ.	จำนวนรับบริการ (ครั้ง)	๑,๕๘๘	๒,๓๗๓	๒,๐๗๐
	รายรับ (บาท)	๘๕๕,๐๐๐	๑,๑๘๐,๔๙๐	๑,๐๓๓,๑๔๐
ห้องตรวจอาชีพในรพ. (สำหรับบุคลากร)	จำนวนรับบริการ (ครั้ง)	๑,๖๓๗	๑,๔๐๙	๖,๖๙๖
	รายรับ (บาท)	๘๑๘,๘๕๐	๙๐๕,๗๘๐	๑,๐๘๒,๙๖๐
ผลรวมทั้งหมด	จำนวนรับบริการ (ครั้ง)	๑๐,๑๗๖	๑๐,๗๔๐	๑๙,๒๔๔
	รายรับ (บาท)	๗,๓๘๘,๓๐๔	๖,๐๔๖,๙๔๑	๙,๔๔๕,๒๓๖

การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง / FFW	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
สมรรถภาพการมองเห็น (ราย)	๒๓๐	๑๖๓	๑๑๔
สมรรถภาพการได้ยิน (ราย)	๒๓๙	๒๔๔	๓๓๐
สมรรถภาพปอด (ราย)	๑๖๔	๑๔๙	๒๑๔
RTW / FFW (ราย)	๓	๗	๙
การประเมินสูญเสียสมรรถภาพ (ราย)	-	๕	๓
ตรวจสุขภาพการทำงานบนที่สูง (ราย)	๑	๑๙	๑๑๗
ตรวจสุขภาพการทำงานที่อับอากาศ (ราย)	๓๓	๔๙	๕๑
ตรวจสุขภาพบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ป้องกันแก้ไขปัญหาไฟฟ้าและ ฝุ่นควัน (ราย)	-	๑๒๔ (จังหวัด ลำพูน)	๔๖ (เฉพาะ อำเภอเมือง ลำพูน)

■ การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน



การดูแลสุขภาพบุคลากร การตรวจสอบสุขภาพประจำปี



การให้ภูมิคุ้มกันโรคในบุคลากร

รายการ	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (ราย)	๙๒๐	๘๖๒	๘๑๑
วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (ราย)	๑๕๕	๔๒	๖๒

การจัดอบรมบุคลากร

- กิจกรรม “สัปดาห์ความปลอดภัย โรงพยาบาลลำพูน” (Safety week LPNH ๒๐๒๕)

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสม ตระหนักถึงความสำคัญและแนวทางการดูแลสุขภาพโดยการปรับวิถีชีวิตในด้านต่างๆ กิจกรรมประกอบด้วย พลิกโฉมสุขภาพ ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต เกมสร้างสุขภาพ ได้แก่ พุงนี้ไม่สายที่จะลดกัน กินอย่างไรให้ปัง และหมอดูสุขภาพ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

งานส่งเสริมป้องกันด้านอาชีวอนามัย	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
การเดินสำรวจสิ่งแวดล้อมภายนอกโรงพยาบาล (walkthrough survey) (แห่ง)	๓๐	๒๘	๓๒
อบรมให้ความรู้ในสถานประกอบการ/หน่วยงาน (แห่ง)	๑๓	๔	๑๕



ที่มา : กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม

◆ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน

สรุปผลงานกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ ๒๕๖๔

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มยุ่งยากซับซ้อน ทุกกลุ่มวัย ที่บ้าน แบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพ ตามแนวเวชปฏิบัติครอบครัวและตามมาตรฐานการพยาบาลชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างไร้รอยต่อ โดยประชาชนและภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและการจัดการสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายการทำงาน ดังนี้

๑. พัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่บ้านตามมาตรฐานการพยาบาลชุมชน
๒. บริหารจัดการระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยกลุ่มยุ่งยากซับซ้อนที่บ้านแบบองค์รวม
๓. เชื่อมโยงประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย
๔. ศึกษา ค้นคว้า วิจัย นวัตกรรมการพยาบาลชุมชน

ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service) อัตรากำลัง เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจำนวน ๑๐ คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ๘ คน และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๒ คน พื้นที่ดูแลรับผิดชอบกลุ่มประชากร อำเภอเมืองลำพูน กลุ่มป่วยทุกกลุ่มวัย พื้นที่อำเภอเมืองลำพูน ๑๔ ตำบล เครือข่ายรพ.สต. ๑๗ แห่ง และนิเทศ ติดตามงานทั้งในและนอกพื้นที่อำเภอเมืองลำพูน นอกพื้นที่อำเภอเมืองลำพูน ดำเนินการร่วมกับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน งานที่ดูแลรับผิดชอบ ได้แก่

๑. ให้การพยาบาล การดูแลผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ/ยุ่งยาก ซับซ้อนที่บ้าน (Home Ward, Home Health Care, Home Visit) ตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง



๒. บริหารจัดการระบบการดูแลต่อเนื่อง (ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง : COC) ประสานเชื่อมโยงการดูแล Palliative care Intermediate care และ Long term care ในชุมชน

๓. จัดบริการการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้กับพยาบาล รพ.สต. เครือข่าย ญาติผู้ป่วย Care giver จัดอาสาสมัครประจำครอบครัว



๔.จัดหาและให้บริการสอน สาธิตสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการประสานแหล่งประโยชน์จากภาคีเครือข่ายทุกระดับ



๕.บริหารจัดการระบบ ควบคุม วิเคราะห์ กำกับ ตรวจสอบ ประเมินผลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย โดยประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วน

๖.จัดบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย ทุกกลุ่มโรคในชุมชน ในคลินิกพิเศษ กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ตามแนวทาง Service plan

๗. กำหนดยุทธศาสตร์การพยาบาลชุมชน เชื่อมโยงนโยบายทุกระดับ

๘. พัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลชุมชน

๙. บริหารจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน

๑๐.สนับสนุน ส่งเสริม และพัฒนางานวิจัย นวัตกรรมทางการพยาบาล



๑๑. พัฒนาและประเมินสมรรถนะพยาบาลชุมชน คุณภาพงานการพยาบาลชุมชน (QA) โดยการตรวจสอบติดตาม นิเทศประเมินผลในบทบาท CNO-P, CNO-D

ผลการดำเนินงาน ใน PMK

รายการ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑.การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	๑๔๐๓	๑๗๔๑	๗๑๖	๑๕๒๐	๑๙๘๒
๒.สอน สาธิต วิธีการใช้อุปกรณ์แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย	๑๖๐	๒๐๐	๒๐๖	๒๕๐	๒๘๑
๓.เยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์และที่บ้าน	๔๒๒	๒๗๖๑	๑๒๘๕	๔๒๙	๔๔๖
๔.ให้บริการคลินิกปรึกษาปรึกษา	๖๑๒	๕๔๕	๙๐๙	๖๑๗	๖๓๓
๕.ประชุมวิชาการกรมความรู้แก่พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และภาคีเครือข่ายใน	๑	๑	๑	๕	๔
๖.การเบิกอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ชุดทำแผลปราศจากเชื้อ	๕๖	๓๐	๒๑	๑๓	๒๑
๗. พัฒนาช่องทางติดต่อญาติ	โทรศัพท์	โทรศัพท์	โทรศัพท์ /Line OA	โทรศัพท์ /Line OA	โทรศัพท์ /Line OA

ลักษณะสำคัญของงาน

๑. ใช้ชุมชนเป็น ward บ้านผู้ป่วยเป็นเตียงในการดูแลผู้ป่วยและญาติ
๒. วางแผนการดูแล โดยใช้ Individualizes care plan มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองได้
๓. ออกเยี่ยมบ้าน ให้การดูแลต่อเนื่อง ร่วมกับทีมเครือข่ายบริการปฐมภูมิในชุมชน ประสานหน่วยงาน เพื่อเกิดความร่วมมือ ในการดูแลประชาชน ผู้ป่วย เช่น ขอสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ รวมทั้งการติดตามเยี่ยม ในรูปแบบ Telemedicine
๔. ให้การสนับสนุนวิชาการความรู้แก่พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อการพัฒนา เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วย palliative care การพยาบาล ผู้ป่วยที่บ้าน รายโรค ตาม service Plan
๕. จัดให้มีช่องทางให้ผู้ป่วยและญาติได้ ติดต่อสอบถาม ขอรับคำปรึกษา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทางโทรศัพท์และ LINE OA

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิโดยใช้กระบวนการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง และเป็นจุดเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลลำพูนกับเครือข่ายระดับต่างๆ ในจังหวัดลำพูน มีเป้าหมายการดำเนินงาน ได้แก่ ดังนี้ ความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและญาติดูแลได้ร้อยละ ๘๐ การส่งข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มสีแดง (ADL ๐-๔) ถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน ๕ วันร้อยละ ๘๐ อัตราผู้ป่วยส่งจากโรงพยาบาล ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน ๑๔ วันร้อยละ ๘๐ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้านไม่เกินร้อยละ ๕ และอัตราการ re – admit

สำหรับความเสี่ยงในระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ไม่ได้รับการเยี่ยม หรือ ได้รับการเยี่ยมบ้าน ล่าช้ากว่าที่กำหนด(เป้าหมายเยี่ยมภายใน ๑๔ วัน) ความล่าช้าในการเยี่ยมบ้าน ถือเป็นความเสี่ยงสูง เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้น้อย มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ติดตัว หลังกลับบ้าน เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่ออาจเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย การแก้ไขปัญหาและบริหารจัดการ คือ กำหนดพื้นที่รับผิดชอบดูแลให้พยาบาลแต่ละคนในกลุ่มงาน พยาบาลแต่ละคนตรวจสอบผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบบันทึกจำนวนและข้อมูลผู้ป่วยสีแดงแยกรายพื้นที่แต่ละคน ประสานงาน นัดหมายการดูแลผู้ป่วยสีแดงในพื้นที่กับ

ผู้รับผิดชอบ ลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยสีแดง ภายในระยะเวลาที่กำหนด ลงบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรค สิ่งที่ได้ดำเนินการ ติดตามและสรุปผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน

โปรแกรมที่ใช้ส่งต่อ ใช้โปรแกรม Thai COC เป็นโปรแกรมสำหรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องดูแลระยะยาวทุกกลุ่มวัย จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ไปโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การประมวลผลวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆเป็นปัจจุบัน โปรแกรม Thai Refer เพื่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังสถานบริการเครือข่าย เครือข่ายครอบคลุมทั้งจังหวัด โดยเน้นในกลุ่มผู้ป่วยป่วยทั่วไปทุกกลุ่มวัย ที่ส่งต่อไปรับการรักษาในสถานบริการ โปรแกรม Palliative Care เพื่อ เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยกลุ่มประคับประคอง โปรแกรม E-Claim Palliative Care สำหรับการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย กลุ่ม Palliative และเชื่อมโยงกับ สปสช. และ Internet Website / โปรแกรม IHIM /และAMED HOME WARD

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑	งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน						
๑.๑	อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้าน	ร้อยละ ๘๐	๘๔.๕๗	๗๘.๔๘	๘๑.๗๙	๘๒.๙๕	๘๖.๕๐
๑.๒	อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้	ร้อยละ ๘๐	๘๘.๔๔	๗๒.๕๖	๘๕.๖๗	๘๒.๙๔	๙๖.๔๖
๑.๓	การส่งข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มสีแดงจากโรงพยาบาลถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใน ๕ วัน	ร้อยละ	๘๔.๕๓	๘๗.๖๐	๘๐.๒๙	๘๙.๘๕	๙๑.๖๔
๑.๔	อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน ๑๔ วัน	ร้อยละ ๘๐	๗๗.๕๐	๗๑.๑๓	๙๑.๑๖	๘๒.๕๑	๗๐.๒๗
๑.๕	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน	<ร้อยละ ๕	๕.๔๑	๑.๖๗	๔.๗	๓.๗๒	๓.๓๙
๑.๖	อัตราการ re- admit	<ร้อยละ ๕	๑.๖๗	๑.๘๒	๒.๕๙	๒.๗๒	๑.๘๐
๑.๗	ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน	ร้อยละ ๘๐	๙๕.๘๐	๙๘.๐๐	๙๗.๒๐	๙๐.๒๐	๙๖.๑๐
๑.๘	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ร้อยละ ๘๐	๙๒.๘๕	๙๕.๖๓	๙๕.๐	๙๒.๖๕	๙๘.๒๑
๑.๙	กลุ่มเป้าหมายพิเศษ/ ยุ่งยากซับซ้อน วางแผนจำหน่ายและเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ/หน่วยบริการต่างระดับ	มีวางแผนร่วม	มีวางแผนร่วม	มีวางแผนร่วม	มีวางแผนร่วม	มีวางแผนร่วม	มีวางแผนร่วม
๒	งานพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน						
๒.๑	มีแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้จัดการรายโรคในชุมชน	มี	มี	มี	มี	มี	มี
๓	งานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลชุมชน						
๓.๑	ประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพ(QA)	๑ ครั้ง/ปี	๑	๑	๑	๑	๑
๓.๒	การติดตามงานเครือข่าย พื้นที่รับผิดชอบ	๑ ครั้ง/ปี	๑	๑	๑	๑	๑

หมายเหตุ ตัวชี้วัดที่ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ได้แก่ อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน ๑๔ วัน เป้าหมายร้อยละ ๘๐ เป้าหมายที่ทำได้ ร้อยละ ๗๐.๒๗ ซึ่งไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากทศพร.สต.มีนโยบายให้โอนย้ายเข้าองค์การบริหารส่วนจังหวัดทศพร.สต. มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานที่ต่างจากเดิม การขาดแคลนบุคลากรในบางรพ.สต. แนวทางแก้ไขประสานพื้นที่ เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน การพัฒนางานดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้เหมาะสมกับชีวิตในยุคประจำวันมากขึ้น การใช้ระบบดิจิทัลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เช่น โทรศัพท์, Line, Line OA , Telemedicine ในกลุ่มที่อยู่ห่างไกล

ที่มา : กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน

◆ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดำเนินงานบริการทางด้านแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นบริการ การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

ขอบเขต กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดำเนินงานบริการทางด้านแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นบริการ การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ โดยเน้นการนวดแบบราชสำนัก อบ และประคบสมุนไพร ตลอดจนการให้การรักษาด้วยยาสมุนไพรภายใต้มาตรฐานงานบริการงานแพทย์แผนไทยรวมถึงเครือข่ายอำเภอเมืองลำพูน ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๒๐.๓๐ น. เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์

๑. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ได้แก่

๑.๑ การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

๑.๒ การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

๑.๓ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่างๆ เช่น การสอนบริหารร่างกายด้วยฤๅษีดัดตน แผ่นพับเอกสารความรู้ด้านแพทย์แผนไทย

๒. การรักษาและบรรเทาอาการ ได้แก่

๒.๑ การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา

๒.๒ การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา

๒.๓ หัตถบำบัด คือ การนวดบำบัด

๓. การฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่

๓.๑ การนวดฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ (กรณีเบิกได้)

๓.๒ การฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด

๓.๓ การฟื้นฟูสุขภาพอัมพฤกษ์ อัมพาต

๔. การให้บริการทางการแพทย์ทางเลือก ได้แก่

๔.๑ คลินิกฝังเข็ม อังคาร ๐๘.๓๐- ๑๖.๐๐ น. พฤษหบดี ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.

๔.๒ คลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์/ทางการแพทย์แผนไทย พฤษหบดี ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

๕. การบริการทางการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ และจะมีการให้บริการในอนาคต

๕.๑ กัดจุดสลายพังผืด

๕.๒ การเผายา

๕.๓ การตอกเส้น

๕.๔ การบ่งต้อด้วยหนามหอย

๕.๕ พอกตา

๕.๖ พอกเข้า

๕.๗ การสัทยา

๕.๘ มาตรฐาน Wellness (ดำเนินการสมัครปีงบประมาณ ๒๕๖๙)

ผลการดำเนินงานคลินิกการแพทย์แผนไทย+คลินิกฝังเข็ม

๑. ผู้ป่วยที่มารับบริการ คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลลำพูน

ปีงบประมาณ	ผู้รับบริการ ทั้งหมด (ครั้ง)	ชาย	หญิง	รักษา	ส่งเสริม	ฟื้นฟู	ประคบเต้านม
๒๕๖๘	๑๕,๙๓๘ (๑๐๐)	๓,๙๖๑ (๒๔.๘๕)	๑๑,๙๗๗ (๗๕.๑๔)	๑๔,๕๖๔ (๙๑.๓๘)	๙๗ (๐.๖๑)	๑๕๖ (๐.๙๘)	๑,๑๒๑ (๗.๐๓)
๒๕๖๗ (ร้อยละ)	๑๔,๖๘๐ (๑๐๐)	๓,๔๘๑ (๒๓.๗๑)	๑๑,๑๙๙ (๗๖.๒๙)	๑๓,๐๖๕ (๘๙.๐๐)	๑๒๓ (๐.๘๓)	๑๕๗ (๑.๐๗)	๑,๓๑๕ (๘.๙๕)
๒๕๖๖ (ร้อยละ)	๑๓,๐๖๑(๑๐๐)	๒,๙๓๓ (๒๒.๔๖)	๑๐,๑๒๘ (๗๗.๕๔)	๑๑,๐๕๗ (๘๔.๖๖)	๑๔๓ (๑.๑)	๗๕๔ (๕.๗๗)	๑,๐๘๙ (๘.๓๓)

พบว่า โรคที่รักษามากที่สุดคือโรคลมปลายปัตฆาตสัญญาณ ๔ หลัง/คอ

๒. รายการยาสมุนไพรที่มีการใช้สูงสุด ๕ อันดับแรก (งานแพทย์แผนไทย)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ยาขมิ้นชัน	ยาลูกประคบสมุนไพร	ยาฟ้าทะลายโจร	ยาขมิ้นชัน
ยาเถาวัลย์เปรียง	ยาฟ้าทะลายโจร	ยาขมิ้นชัน	ยาฟ้าทะลายโจร
ยาหอมนวโกฐ	ยาหอมนวโกฐ	ยาลูกประคบสมุนไพร	ยาแก้ไอมะขามป้อม
ยาลูกประคบสมุนไพร	ยาเถาวัลย์เปรียง	ยาหอมนวโกฐ	ลูกประคบสมุนไพร
ยาเถาวัลย์เปรียง	ยาขมิ้นชัน	ยาเถาวัลย์เปรียง	ยาหอมเทพจิตร

พบว่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ พบว่ายาขมิ้นชันจ่ายมากที่สุด รองลงมาคือยาฟ้าทะลายโจร

๔.ข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลลำพูน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม
ผู้ป่วยนอก รพ. (ครั้ง)	๕๔,๙๙๗	๕๔,๑๑๓	๕๒,๔๑๔	๕๘,๗๑๒	๕๕,๒๑๓	๕๗,๑๗๘	๕๑,๗๖๐	๕๕,๐๑๑	๕๔,๒๓๒	๕๓,๘๐๙	๕๑,๙๗๕	๕๖,๔๙๑	๖๕๕,๙๐๕
ผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทย ห้อง๐๓๒+๑๑๑ (ครั้ง)	๑,๕๒๖	๑,๔๐๑	๑,๑๔๕	๑,๒๖๓	๑,๒๒๗	๑,๔๑๙	๑,๒๖๑	๑,๒๒๕	๑,๓๑๔	๑,๓๖๓	๑,๒๕๓	๑,๕๕๑	๑๕,๙๓๘
ผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ ห้อง๐๘๒ (ครั้ง)	๓,๕๔๗	๓,๑๙๗	๒,๙๙๖	๓,๔๑๐	๒,๙๙๔	๓,๐๓๔	๓,๒๒๔	๓,๒๓๘	๓,๑๖๔	๓,๒๙๐	๒,๙๙๕	๓,๕๑๑	๓๘,๖๐๐
ผู้ป่วยนอกเวชกรรมพื้นฟู ห้อง๑๔๒+๑๔๓+๑๔๕ (ครั้ง)	๑,๖๔๐	๑,๖๗๙	๑,๔๒๗	๑,๗๓๗	๑,๖๕๒	๑,๗๗๓	๑,๕๒๑	๑,๖๔๐	๑,๕๒๖	๑,๖๐๖	๑,๔๗๖	๑,๘๓๒	๑๙,๕๐๙
ผู้ป่วยนอกฝังเข็ม รพ. สาขาห้อง๑๑๑ (ครั้ง)	๒๒๗	๑๔๐	๑๑๗	๘๔	๑๑๓	๑๐๐	๑๒๐	๑๑๓	๑๔๑	๘๘	๖๑	๒๐๙	๑,๕๑๓
จำนวนฝังเข็ม (GP๑๓๗)	๓๔๐	๒๘๔	๒๐๘	๒๓๓	๒๕๐	๒๔๕	๓๑๕	๓๔๑	๓๒๑	๒๗๕	๒๑๔	๔๘๒	๓,๕๐๘
ผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา สมุนไพร (ครั้ง)	๑,๘๘๑	๑,๗๙๙	๑,๗๐๓	๒,๐๖๓	๑,๙๑๓	๒,๐๓๓	๑,๙๑๐	๒,๐๕๒	๒,๒๗๗	๒,๒๙๖	๒,๐๓๒	๒,๓๐๐	๒๔,๒๕๙
มูลค่ายาผู้ป่วยนอก	๒๐,๑๕๓, ๘๑๙.๕๐	๒๐,๗๒ ๙,๑๒๐. ๑๐	๑๙,๖๒ ๓,๗๔๓. ๕๐	๒๑,๔๕ ๙,๓๖๕. ๔๐	๑๘,๘๖ ๙,๖๘๘. ๗๕	๒๑,๒๒ ๕,๓๐๔. ๕๓	๑๙,๙๒ ๘,๘๑๗. ๖๕	๒๐,๕๐๒, ๐๔๗.๐๐	๑๙,๐๗๐, ๒๖๑.๒๕	๒๑,๕๔๔, ๙๒๗.๙๐	๑๙,๐๘๖, ๙๕๑.๗๕	๒๑,๔๙๘, ๓๐๑.๗๕	๒๔๓,๖๙๒, ๓๔๙.๐๘
มูลค่ายาสมุนไพรผู้ป่วย นอก	๑๗๗,๐๓ ๒.๐๐	๑๙๓,๑ ๓๒.๐๐	๑๖๕,๒ ๘๑.๗๕	๑๙๗,๕ ๒๑.๐๐	๑๖๖,๔ ๖๑.๕๐	๑๙๘,๕ ๔๔.๕๐	๑๓๒,๖ ๕๔.๐๐	๑๓๙,๗๐ ๒.๒๕	๑๔๓,๓๗๓ .๒๕	๑๕๘,๘๙๔ .๒๕	๑๓๖,๑๙๙ .๒๕	๑๕๐,๗๕๘ .๗๕	๑,๙๕๙, ๕๕๔.๕๐
ผู้รับบริการแพทย์แผนไทย (ครั้ง)	๓,๗๔๗	๓,๔๘๔	๓,๐๕๖	๓,๕๕๙	๓,๓๙๐	๓,๖๙๗	๓,๔๘๖	๓,๖๑๘	๓,๙๑๒	๓,๙๓๔	๓,๔๙๙	๔,๓๒๓	๔๓,๗๐๕
ผู้รับบริการแพทย์แผนไทย (ร้อยละ)	๖.๘๑	๖.๔๔	๕.๘๓	๖.๐๖	๖.๑๔	๖.๔๗	๖.๗๓	๖.๕๘	๗.๒๑	๗.๓๑	๖.๗๓	๗.๖๕	๖.๖๖
การใช้ยาสมุนไพร (ร้อยละ)	๓.๔๒	๓.๓๒	๓.๒๕	๓.๕๑	๓.๔๖	๓.๕๖	๓.๖๙	๓.๗๓	๔.๒๐	๔.๒๗	๓.๙๑	๔.๐๗	๓.๗๐

๕.ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑. บุคลากรด้านวิชาการ ยังมีน้อยไม่เหมาะสมกับบุคลากรฝ่ายสนับสนุน	- พิจารณาเปิดรับให้โอนย้าย หรือรับตำแหน่งแพทย์แผนไทยเพิ่ม ให้ครบตามกรอบอัตรากำลัง
๒. ทรัพยากรสำนักงานไม่เพียงพอ	- สำรวจ จัดทำแผนสำรวจวัสดุ ครุภัณฑ์ประจำปี เพื่อให้ทรัพยากรเพียงพอ
๓. การบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยคู่ขนาน การแพทย์แผนปัจจุบันและการกระตุ้นการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ยังไม่ตรงตามตัวชี้วัดในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มีตัวชี้วัดเพิ่มขึ้นแต่แพทย์แผนไทยไม่สามารถสั่งยาสมุนไพรได้เนื่องจากไม่มีการจัดซื้อตามบัญชียาของโรงพยาบาล	- กระตุ้นการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ได้ทำการให้ความรู้และบรรยายกับ องค์กรแพทย์เพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับแพทย์ทุกคลินิก - การบริหารยาสมุนไพรที่ขาดควรการวางแผนร่วมกัน เพราะยาบางชนิดขาดการใช้งานมานาน - จัดทำสต็อกยาสมุนไพรบางประเภท ไว้ที่คลินิกการแพทย์แผนไทยเพื่อสะดวกต่อการจ่ายยา และเพิ่มอัตราการใช้ยาสมุนไพร - วางแผนเปิดคลินิกคู่ขนานการแพทย์แผนไทยโดยแยกคลินิกเฉพาะและเชี่ยวชาญโรค เช่นคลินิกทางเดินหายใจ คลินิกแก้ปวดศีรษะ คลินิกปวดเข่าโดยมีสถานที่และทีมงานเพิ่มเติม
๔. สถานที่ให้บริการไม่เหมาะสม ค่อนข้างจำกัด	- เนื่องจากมีการย้ายสถานที่ชั่วคราว ทำให้สถานที่ให้บริการค่อนข้างจำกัด ไม่สะดวกต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วย ยังจำกัดในจำนวนคนและจำนวนเตียง ควรมีแผนการขยายงาน

คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ดำเนินการให้คำปรึกษา ตรวจรักษา และวิเคราะห์การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยสหวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์แผนไทย ตามมาตรฐานกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คลินิกบูรณาการกัญชาทางการแพทย์ ทุกวันอังคาร ๑๓.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.

การบริการหลัก : สามารถสั่งใช้ในผู้ป่วย เฉพาะรายของตนที่มีความจำเป็นได้โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่จะสั่งให้ผู้ป่วยใช้กัญชาได้ตามที่กำหนดในกฎหมายฉบับนี้จะต้องผ่านการฝึกอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และต้องใช้ในสถานที่ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และเมื่อได้รับอนุญาตแล้วก็จะสั่งและจ่ายยาที่มีส่วนผสมของกัญชาให้กับผู้ป่วยได้ภายใต้หลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

สรุปการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์รายเดือนย้อนหลัง

ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม
๒๕๖๕	๐	๐	๐	๐	๙	๗๓	๕๖	๕๙	๕๐	๔๓	๔๔	๔๕	๓๗๙
๒๕๖๖	๘๕	๖๓	๒๐	๘๙	๘๓	๘๐	๗๘	๓๗	๒๐	๒๒	๑๕	๒๗	๔๙๘
๒๕๖๗	๑๒	๑๗	๑๗	๑๖	๑๕	๑๕	๑๔	๑๔	๑๒	๑๓	๑๐	๙	๑๖๔
๒๕๖๘	๐	๐	๐	๒	๐	๐	๐	๓	๑๒	๑๑	๑๐	๒๑	๕๙

สรุปการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน

การจัดการหลักของคลินิกกัญชาทางการแพทย์จัดการด้วยทรัพยากรที่ดูแลโดยกลุ่มงานการแพทย์แผนไทย ทั้งวัสดุอุปกรณ์ กำลังคน และ ใช้บางส่วนจากงานสนับสนุนกองทุนยาสมุนไพรจากเขตสุขภาพที่ ๑ และยากัญชาที่ได้ปรับสนับสนุนจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในระยะแรกมีบุคลากรให้บริการที่ผ่านการอบรมการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ ทั้ง หลักสูตรจากกรมการแพทย์ และ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การให้บริการมีเฉพาะ วันอังคารช่วงบ่าย ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น. และเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยทุกวันและเวลาราชการ ต่อมา ควบคู่กับการบริการคลินิกคู่ขนานทางการแพทย์แผนไทย ปลายปีงบประมาณ ๒๕๖๘ กัญชาทางการแพทย์ถูกจ่ายโดยแพทย์แผนไทย ไม่มีแพทย์จ่ายยาและไม่มีสถานที่ให้บริการ

คลินิกฝังเข็ม (๑๑๑)

คลินิกฝังเข็มสังกัดกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตรวจรักษาโรคทั่วไป และวิเคราะห์โรคทางแพทย์แผนจีนโดย แพทย์แผนปัจจุบัน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็มโดยแพทย์ จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คลินิกบูรณาการกัญชา ทางารแพทย์ ทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี ๐๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น.

การบริการหลัก : สามารถรักษาและทำหัตถการผู้ป่วย เฉพาะรายของคนที่มีความจำเป็นได้โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่จะทำหัตถการรักษาโดยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรฝังเข็มตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

สรุปการให้บริการคลินิกฝังเข็มรายเดือนย้อนหลัง

ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม
๒๕๖๗	๘๗	๑๓๗	๑๐๕	๑๐๒	๑๑๔	๘๒	๑๒๓	๑๔๒	๑๑๔	๑๒๗	๑๖๔	๑๗๓	๑,๔๗๐
๒๕๖๘	๒๒๗	๑๔๐	๑๑๗	๘๔	๑๑๓	๑๐๐	๑๒๐	๑๑๓	๑๔๑	๘๘	๖๑	๒๐๙	๑,๕๑๓

สรุปการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน

การจัดการหลักของคลินิกคลินิกฝังเข็มจำกัดด้วยทรัพยากรที่ดูแลโดยกลุ่มงานการแพทย์แผนไทย ทั้งวัสดุอุปกรณ์ กำลังคน ในระยะแรกมีรับผู้ป่วยเฉพาะวันพฤหัสบดี และขยายงานเป็น วันอังคาร เข้าและบ่ายร่วมบูรณาการใช้แพทย์ร่วมกับคลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.ลำพูนสาขาเวียงยอง วันอังคารและวันพฤหัสบดี ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. เพื่อตอบสนองผู้ป่วยตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และเพิ่มเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งให้กับประชาชน

ผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกบริการรักษาจากมากไปหาน้อย

- โรคนอนไม่หลับ
- มะเร็งระยะต่างๆ
- โรคปวดที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท
- โรคพาร์กินสัน
- ปวดศีรษะ (Migrain)

ยาที่นำมาใช้จากมากไปหาน้อย

- น้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา (เหลือเพียงสูตรเดียว)
- น้ำมันกัญชาสูตร THC ๑.๓%
- น้ำมันกัญชาสูตร THC:CBD ๑:๑
- น้ำมันกัญชาสูตร CBD
- ยาสมุนไพรที่มีกัญชาผสมอยู่

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑.บุคลากรที่รับมอบหมายยังมีน้อยและต้องทำงานประจำ (คงเหลือแพทย์แผนไทย ๑ ตำแหน่งเท่านั้น)	- จัดการบริการตามกรอบการทำงานของสหวิชาชีพ - มอบหมายงานจาก คกก.โดยมีคำสั่งปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด - มอบหมายงานโดยไม่กระทบกับงานประจำ
๒.ยาบางสูตรขาดทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนสูตรยาบ่อยครั้ง และยาบางชนิดไม่ได้รับการสนับสนุนต่อ - ปิงปประมาณนี้ ไม่มีขายจ่าย ถูกร้องเรียนมาแล้ว ๓ ครั้ง	- จัดการประชุมวางแผนและชี้แจงจำนวน ความเคลื่อนไหว และลดจำนวนความต้องการยา ร่วมกัน วิเคราะห์แผนและความเสี่ยงนำไปสู่ความเหมาะสมของการบริการคลินิกร่วมกันอย่างเหมาะสม - ทำแผนเสนอความต้องการและแผนบริหารเพื่อบรรจุเข้าเป็นแผนหลักรายปี

การบริการฝังเข็มและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

ห้องฝังเข็มและการบริการแพทย์ทางเลือก ดำเนินการให้แพทย์แผนปัจจุบัน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์ฝังเข็ม ผู้ให้บริการ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย และพนักงานบริการ ตามมาตรฐาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คลินิกบริการฝังเข็ม ให้บริการ ทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี ๐๘.๓๐ – ๑๖.๐๐ น. เปิดให้บริการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

การบริการหลัก : สามารถให้บริการในหลักการแพทย์แผนจีน ให้บริการฝังเข็ม และ การครอบแก้วเป็นต้น

โรคผู้ป่วยที่มารับบริการดังนี้

- โรคระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาท
- โรคและอาการอื่นๆทั่วไป

ปัญหาและอุปสรรค

- สถานที่มีไม่เพียงพอกับผู้รับบริการ
- บุคลากรสายสนับสนุนไม่มี

ที่มา : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

◆ กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์

๑. บริบท (Context)

ก. หน้าที่ และ เป้าหมาย (Purpose) งานเวชระเบียน เป็นหน่วยงานบันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วย เพื่อให้บริการข้อมูลผู้ป่วยแก่แพทย์ พยาบาล หน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังมีหน้าที่จัดเก็บ ดูแลรักษาข้อมูลเหล่านั้นให้ปลอดภัย สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้เมื่อต้องการ ซึ่งแบ่งงานออกเป็น ๓ หน่วย ดังนี้

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope Of Service)

๑) เวชระเบียนผู้ป่วยนอก :

- (๑) เปิดบริการทำประวัติการรักษาตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยทำการบันทึกข้อมูลของผู้มารับบริการด้วยระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายของโรงพยาบาล เพื่อให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถสืบหาข้อมูลได้รวดเร็ว โดยไม่ต้องรอค้นหาเอกสารเวชระเบียน
- (๒) ให้การรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลในเวชระเบียน โดยการกำหนดสิทธิบุคคลที่สามารถเข้าถึงข้อมูลและมีระเบียบปฏิบัติสำหรับการขอสำเนาเวชระเบียนให้เป็นลายลักษณ์อักษร
- (๓) บริการดำเนินการเกี่ยวกับเอกสารการเคลมประกันชีวิตของบริษัทต่างๆกับผู้ร้องขอ
- (๔) บริการออกเลขใบรับรองการเสียชีวิต และบันทึกข้อมูลการเสียชีวิตในระบบ web site ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรายงานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

๒) เวชระเบียนผู้ป่วยใน :

- (๑) การรับลงทะเบียนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล(Admit) รับข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์ ทำการลงทะเบียนออกเลข AN ในระบบคอมพิวเตอร์ และทำการ Print Summary ไปยังจุดพยาบาล Admit
- (๒) ปัจจุบัน ยังใช้เอกสารในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน เอกสารเวชระเบียนที่เสร็จสิ้นกระบวนการต่างๆแล้วจะถูกส่งไปยังห้องเก็บเวชระเบียนที่มีระบบรักษาความปลอดภัยจากบุคคลภายนอกและสัตว์กัดแทะ และทำการ Scan จัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ จากนั้นทำการเก็บเอกสารเวชระเบียนเข้าชั้นเก็บเรียงตาม AN แยกไว้เป็นรายปี เพื่อความสะดวกในการค้นหาและทำลาย
- (๓) สร้างระบบการติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยในที่กำหนดแล้วจากหอผู้ป่วย เพื่อให้เวชระเบียนผู้ป่วยในได้รับการบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน รวดเร็ว ทันเวลา ลดการสูญหาย

๓) เวชสถิติ :

- (๑) เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ ทำหน้าที่ตรวจสอบ ความถูกต้อง ครบถ้วน ของการสรุปเวชระเบียน ก่อนทำการเขียนและบันทึกรหัสโรคและหัตถการในระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อเป็นไปตามมาตรฐานของการให้รหัส
- (๒) จัดทำและดำเนินงานตามโครงการทบทวนการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับค่าชดเชยตามกลุ่ม DRG ไม่สัมพันธ์กับค่าใช้จ่าย โดยแพทย์และเจ้าพนักงานเวชสถิติ กรณีที่พบความผิดปกติ จะทำการทบทวนการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน และดำเนินการแก้ไข ให้ถูกต้อง
- (๓) จัดทำและดำเนินงานตามโครงการตรวจสอบความสมบูรณ์เวชระเบียน โดยมี แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และเจ้าพนักงานเวชสถิติ ดำเนินการตรวจสอบและสรุปผล ปีละ ๓ ครั้ง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาและประเมินผลในด้านต่างๆ

เครื่องชี้วัดสำคัญ

ข้อมูล	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	๙๙%	๘๖.๘๒	๗๘.๓๙	๘๐.๓๐
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	๙๙%	๙๐.๑๒	๙๒.๑๓	๘๗.๒๕
อัตราความพึงพอใจ	๙๕%	๙๕.๐๗	๙๕.๐๘	๙๓.๒๒
ระยะเวลารอคอยทำบัตรผู้ป่วยนอก	๓ (นาที)	๓.๕๙	๗.๕๓	๕.๓๘

ผลการดำเนินงาน

ข้อมูล	หน่วยวัด	ปี ๒๕๖๘
บริการออกเลขใบรับรองการเสียชีวิต	ราย	๑,๒๓๒
บริการคัดลอกสำเนาเวชระเบียนตามคำร้องขอ	ราย	๑,๑๗๓
บริการดำเนินการเอกสารเคลมประกันชีวิต	ฉบับ	๑๘๙
การคัดเวชระเบียนผู้ป่วยในที่พบความผิดปกติให้ทีมแพทย์ทบทวน	ฉบับ	๔,๙๘๘
บริการทำบัตรและตรวจสอบสิทธิการรักษาผู้ป่วยนอก(ไม่มีนัด)	ราย	๓๐๐,๖๘๓
บริการทำบัตรและตรวจสอบสิทธิการรักษาผู้ป่วยนอก(นัด)	ราย	๒๘๑,๒๑๑
บริการลงทะเบียนรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาล (Admit)	ราย	๒๘,๘๘๔

ที่มา : กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์

◆ กลุ่มงานประกันสุขภาพ

รายรับประกันชีวิต (ราย/ บาท)	๒๐๖ / ๘,๕๖๘,๔๖๙.๐๑
จำนวนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ราย)	๙๘๑
จำนวนต่างด้าว ๔ สัญชาติ ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ (ราย)	๑,๘๙๔
จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ราย)	๗๗,๖๕๐
จำนวนผู้ประกันตนที่เลือก รพ.ลำพูน (ราย)	๒๓,๘๙๓
ส่งตรวจพิเศษ นอก รพ. (CT) (ราย/ บาท)	๑๒,๑๖๒ / ๓๐,๖๔๓,๒๕๐.๐๐
ส่งตรวจพิเศษ นอก รพ. (MRI) (ราย/ บาท)	๑,๖๒๔ / ๑๐,๒๐๕,๒๕๐.๐๐
ตรวจสอบและรับรองสิทธิ ผป.นอก (ราย)	๓๐,๐๖๕
ตรวจสอบและรับรองสิทธิ ผป.ใน (ราย)	๓๔,๕๒๔
อุบัติเหตุจากการทำงาน (ราย/ บาท)	๒๓/ ๖๑๒,๗๐๖.๒๐
ลงทะเบียนรับ - ส่งหนังสือ (ฉบับ)	๑,๔๐๗
ตรวจสอบสิทธิเรียกเก็บ (ฉบับ / ราย)	๑,๐๐๑ / ๓๘,๖๐๙
จำนวนผู้มาใช้บริการ พรบ.จากรถ ผป.นอก (ราย/ บาท)	๑,๖๔๘ / ๑,๘๔๐,๗๙๖.๖๓
จำนวนผู้มาใช้บริการ พรบ.จากรถ ผป.ใน (ราย/ บาท)	๑,๐๖๔ / ๑๙,๙๔๖,๘๖๖.๒๐
ประสานสิทธิประกันสังคม รพ.อื่น มา ADMIT รพ.ลำพูน (ราย)	๑๓๑

ที่มา : กลุ่มงานกลุ่มงานประกันสุขภาพ

◆ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

เป็นหน่วยงานหลักในการประสานการจัดทำแผนพัฒนาโรงพยาบาลลำพูน ประกอบไปด้วยแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล, แผนค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปีจากแหล่ง งบประมาณต่าง ๆ, การจัดทำแผนรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุง, การจัดทำแผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งหน่วยงานหลักในการบริหารจัดการระบบข้อมูลข่าวสารของโรงพยาบาล ดำเนินการออกแบบพัฒนาระบบฐานข้อมูล พัฒนาระบบซอฟต์แวร์ประมวลผลข้อมูล รวบรวมและจัดทำสถิติสาธารณสุข, วิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลเพื่อการสนับสนุนการบริหารงานทั้งการวางแผน การติดตาม การนิเทศตรวจราชการและการประเมินผลติดตาม การดำเนินงาน รวมทั้งการสนับสนุนข้อมูลให้กับภายนอกและภายใน หน่วยงานสนับสนุนและบริการทางวิชาการ ให้คำปรึกษาในเรื่องการจัดทำแผน การวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลและการนำไปใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ในการประสานดำเนินการตามนโยบายที่สำคัญต่าง ๆ เช่น นโยบายการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติราชการ นโยบายบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพ

อัตรากำลัง

ตำแหน่ง	ข้าราชการ	พนักงานราช	พนักงานกระทรวง	รวม
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน				
เจ้าพนักงานธุรการ			๑	๑
นักสาธารณสุขปฏิบัติการ	๑			๑
นักวิชาการสาธารณสุข			๑	๑
รวม	๑		๒	๓

การจัดแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการโรงพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน ได้ดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล และมีการปรับแผนยุทธศาสตร์ใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ โดยกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาออกเป็น ๔ ด้าน ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

๑.๑ เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (PP&P Excellence)

๑.๒ พัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อให้บริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence)

๑.๓ พัฒนาการบริหารจัดการด้านกำลังคนให้เพียงพอ และการพัฒนาบุคลากรและผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ (People Excellence)

๑.๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

และได้สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ ทั้ง ๔ ด้าน โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ มีการจัดแผนงาน/โครงการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนตามแผนยุทธศาสตร์ทั้งสิ้น ๑๓๔ โครงการ

ผลการปฏิบัติงานของกลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

หัวข้อข้อมูลปริมาณงาน	เป้าหมาย	ข้อมูลปีงบประมาณ ๖๘ (ต.ค.๖๗-ก.ย.๖๘)				
		ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓	ไตรมาส ๔	รวม
๑. จำนวนหนังสือรับเข้า	หน่วย นับ					
- หนังสือทั่วไป	ฉบับ	๗	๓๑	๒๓	๑๗	๗๘
- ขออนุมัติจัดซื้อ	ฉบับ	๓๖๑	๓๑๒	๓๓๕	๒๖๘	๑,๒๗๖
- ใบซ่อม	ฉบับ	๒๔๐	๒๒๕	๒๗๕	๒๔๕	๙๘๕
๒. จำนวนยอดการใช้ งบประมาณแยกตามหมวด งบการเงินสะสม	หน่วย นับ					
- ครุภัณฑ์มูลค่าต่ำกว่าเกณฑ์ หมวดP๒๓ (ยอด ๓,๔๕๕,๐๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๙๖๖,๙๕๘ .๐๐ (๒๘.๐๗)	๗๗๖,๖๖๔ .๙๒ (๒๒.๕๔)	๕๘๐,๒๕๑ .๕๐ (๑๖.๘๔)	๒๘๙,๓๒๓ .๘๐ (๘.๔๐)	๒,๖๑๓,๑๙๖ .๒๒ (๗๕.๘๕)
- ครุภัณฑ์ทดแทนชำรุด / นอกแผนที่จำเป็น (ยอด ๘,๖๐๐,๐๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)					
- ทดแทนครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ที่ ชำรุด (ยอด ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๙๔๔,๓๕๐ .๐๐ (๔๗.๒๒)	๔๙๓,๗๐๐ .๐๐ (๒๔.๖๙)	๑๖๕,๓๗๐ .๐๐ (๘.๒๗)	๓๙๔,๕๘๐ .๐๐ (๒๓.๒๑)	๑,๙๙๘,๐๐๐ ๐.๐๐ (๙๙.๙๐)
- ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ นอกแผน (ยอด ๑,๕๐๐,๐๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๔๑,๐๐๐. ๐๐ (๒.๗๓)	๓๓๘,๔๔๕ .๐๐ (๒๒.๕๖)	๑๕๕,๐๓๕ .๔๕ (๑๐.๓๔)	๕๗๖,๙๒๐ .๔๙ (๓๘.๔๖)	๑,๐๓๑,๔๐๐ ๐.๐๐ (๗๔.๐๙)
- ค่าซ่อมแซมอาคารและสิ่งปลูก สร้าง (ยอด ๑๑,๕๕๒,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๒,๐๒๓,๐๔ ๕๓๐ (๑๗.๕๑)	๑,๓๓๗,๐๐ ๐.๐๐ (๑๒.๐๙)	๖,๐๑๔,๔๕ ๐.๒๒ (๕๒.๐๖)	๑,๘๘๗,๐๙ ๔.๖๗ (๑๕.๓๓)	๑๑,๒๔๑,๕๕ ๙๐.๑๙ (๙๗.๔๐)
- ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์สำนักงาน (ยอด ๕๔๖,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๖,๒๓๕.๐ ๐ (๑.๑๔)	๒๗,๘๒๐. ๐๐ (๕.๑๐)	๔,๒๘๐.๐ ๐ (๐.๗๘)	๗๕,๔๓๕. ๐๐ (๑๓.๘๒)	๑๑๓,๗๗๐ .๐๐ (๒๐.๘๔)
- ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์ ยานพาหนะและขนส่ง (ยอด ๔๑๗,๐๐๐.๐๐บาท)	บาท (ร้อยละ)	๖๓,๑๖๕. ๑๗ (๑๕.๑๕)	๕๒,๐๓๘. ๐๒ (๑๒.๔๘)	๘๕,๔๔๓. ๑๑ (๒๐.๒๙)	๓๘,๐๖๕. ๒๔ (๙.๑๓)	๒๓๘,๗๐๘ .๕๔ (๕๗.๒๔)
- ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์ไฟฟ้า และวิทยุ (ยอด ๒๕๘,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐
- ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์โฆษณา และเผยแพร่	บาท (ร้อยละ)	๐.๐๐	๐.๐๐	๓๖,๖๗๔.๒ ๕ (๔๖.๑๖)	๙,๘๕๐.๐๐ (๑๒.๔๐)	๔๖,๕๒๔.๒ ๕ (๕๘.๕๖)

หัวข้อข้อมูลปริมาณงาน	เป้าหมาย	ข้อมูลปีงบประมาณ ๖๘ (ต.ค.๖๗-ก.ย.๖๘)				
		ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓	ไตรมาส ๔	รวม
(ยอด ๗๙,๔๕๐.๐๐ บาท)						
- ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์ วิทยาศาสตร์และการแพทย์ (ยอด ๓,๕๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๕๕๐,๙๐๐. ๐๐ (๑๕.๗๔)	๖๓๘,๕๔๕. ๐๐ (๑๘.๒๔)	๖๐๔,๔๓๕. ๐๐ (๑๗.๒๗)	๑,๖๕๘,๖๕ ๔.๗๖ (๔๗.๓๙)	๓,๔๕๒,๕๓๔. ๗๖ (๙๘.๖๔)
- ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์ คอมพิวเตอร์ (ยอด ๒,๖๔๕,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๓,๒๘๒.๐๐ (๐.๑๒)	๘๐๐,๗๔๙. ๐๐ (๓๐.๒๗)	๑,๖๖๑,๐๗๐. ๒๕ (๖๒.๘๐)	๑๔๐,๑๓๒. ๐๐ (๕.๓๐)	๒,๖๖๕,๒๓๓. ๒๕ (๙๘.๕๐)
- ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์อื่น (ยอด ๒,๘๐๐,๐๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๓๖๗,๙๒๕. ๔๐ (๑๓.๑๔)	๕๘๑,๗๔๔. ๐๐ (๒๐.๗๘)	๙๙,๓๙๒.๐ ๐ (๓.๕๕)	๐.๐๐	๑,๐๔๙,๐๘๘. ๗๐ (๓๗.๔๗)
- ค่าจ้างเหมาซ่อมแซมครุภัณฑ์ (ยอด ๙๐๐,๐๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)					
- ค่าจ้างเหมาบริการอื่น (สนับสนุน) (ยอด ๑๗,๐๓๖,๐๐๐.๐๐บาท)	บาท (ร้อยละ)	๕,๐๘๙,๒๓๒. ๖๕ (๒๙.๘๗)	๔,๑๙๒,๗๗๑. ๐๖ (๒๔.๖๑)	๒,๖๑๙,๗๖๙. ๐๐ (๑๕.๓๘)	๓,๕๕๗,๘๕๑. ๑๔ (๒๐.๘๘)	๑๕,๔๕๙,๖๒๒. ๘๘ (๙๐.๗๕)
- วัสดุการแพทย์ (ไม่สำรอง คลัง) (ยอด ๑๓๖,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๕,๒๑๔,๓๓๖. ๐๐ (๓.๘๒)	๑,๓๒๔,๙๖๙. ๒๐ (๐.๙๗)	๑,๐๓๓,๓๖๕. ๐๐ (๐.๗๙)	๑,๔๙๒,๒๑๗. ๐๐ (๐.๐๙)	๙,๐๖๔,๘๘๗. ๒๐ (๒.๕๖)
- วัสดุทันตกรรม (ยอด ๒,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๑๒,๒๖๒.๒ ๐ (๐.๖๑)	๐.๐๐	๗๖,๘๐๐.๐ ๐ (๓.๘๔)	๒๒๔,๕๘๐. ๐๐ (๑๑.๒๓)	๓๑๓,๖๔๒. ๒๐ (๑๕.๖๘)
- วัสดุสำนักงาน (ยอด ๓,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๑๓๔,๕๕๕. ๐๐ (๔.๔๘)	๘๓,๖๕๐.๐ ๐ (๒.๗๙)	๒๒๕,๘๓๒. ๕๐ (๗.๕๓)	๕๒,๓๖๒.๕ ๐ (๑.๗๕)	๔๙๖,๓๙๐. ๐๐ (๑๖.๕๕)
- วัสดุวิทยาศาสตร์และ การแพทย์ (ยอด ๑๒,๑๘๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๑๘๔,๒๔๐. ๐๐ (๑.๕๑)	๕๘,๘๐๐.๐ ๐ (๐.๔๘)	๐.๐๐	๑๙,๒๐๐.๐ ๐ (๐.๑๖)	๒๖๒,๒๔๐. ๐๐ (๒.๑๕)
- วัสดุยานพาหนะและขนส่ง (ยอด ๓,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๐.๐๐	๐.๐๐	๒,๒๐๐.๐๐ (๗๓.๓๓)	๐.๐๐	๒,๒๐๐.๐๐ (๗๓.๓๓)
- น้ำมันเชื้อ (Bioler, เครื่อง กำเนิดไฟฟ้า,ตัดหญ้า) (ยอด ๕,๒๘๘,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐
- วัสดุเชื้อเพลิงและหล่อลื่น (ยอด ๔,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๔,๙๕๐.๐๐ (๐.๑๒)	๐.๐๐	๒,๒๕๐.๐๐ (๐.๐๖)	๑,๘๐๐.๐๐ (๐.๐๕)	๙,๐๐๐.๐๐ (๐.๒๒)
- วัสดุไฟฟ้าและวิทยุ (นอกคลัง) (ยอด ๖๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๗,๓๐๓.๐๐ (๑.๒๒)	๖๗,๑๖๘.๐ ๐ (๑๑.๑๙)	๖๒,๕๘๐.๐ ๐ (๑๐.๔๓)	๑๑๗,๑๒๘. ๐๐ (๑๙.๕๒)	๒๕๔,๑๗๙. ๐๐ (๔๒.๓๖)

หัวข้อข้อมูลปริมาณงาน	เป้าหมาย	ข้อมูลปีงบประมาณ ๖๘ (ต.ค.๖๗-ก.ย.๖๘)				
		ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓	ไตรมาส ๔	รวม
- วัสดุโฆษณาและเผยแพร่ (ยอด ๕๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๑๘,๖๙๐.๐ ๐ (๓.๗๔)	๔๔,๙๕๕.๐ ๐ (๘.๙๙)	๘,๘๗๐.๐๐ (๑.๗๗)	๖๕,๙๑๐.๐ ๐ (๑๓.๑๘)	๑๓๘,๔๒๕. ๐๐ (๒๗.๖๙)
- วัสดุคอมพิวเตอร์ (ยอด ๑,๑๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๓๘,๓๒๐.๐ ๐ (๓.๔๘)	๑๔๑,๔๘๐. ๐๐ (๑๒.๘๖)	๒๐,๓๒๒.๐ ๐ (๑.๘๕)	๗๐,๓๓๐.๐ ๐ (๖.๓๙)	๒๗๐,๔๕๒. ๐๐ (๒๔.๕๙)
- วัสดุงานบ้านงานครัว (ยอด ๔,๙๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๗๖๐,๙๕๕. ๕๐ (๑๕.๕๓)	๘๖๔,๙๖๕.๐ ๐๐ (๑๗.๖๕)	๑,๐๕๒,๙๘๐. ๐๐ (๒๑.๔๙)	๘๔,๔๒๘.๘ ๐ (๑.๗๒)	๒,๗๖๓,๓๒๘. ๓๐ (๕๖.๓๙)
- วัสดุงานบ้านงานครัว – นอกล้าง (ยอด ๒,๖๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๕๕,๑๕๕.๕ ๐ (๒.๑๒)	๑๐๗,๕๖๕. ๐๐ (๔.๑๔)	๒๕๗,๘๘๐. ๐๐ (๙.๙๒)	๔๓,๔๒๘.๘ ๐ (๑.๖๗)	๔๖๔,๐๒๙. ๓๐ (๑๗.๘๕)
- วัสดุงานบ้านงานครัว – ประภาพผ้า (ยอด ๒,๓๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๗๐๕,๘๐๐. ๐๐ (๓๐.๖๙)	๗๕๗,๔๐๐. ๐๐ (๓๒.๙๓)	๗๕๕,๑๐๐. ๐๐ (๓๔.๕๗)	๔๑,๐๐๐.๐ ๐ (๑.๗๘)	๒,๒๐๙,๓๐๐. ๐๐ (๙๙.๙๗)
- วัสดุบริโภค (ยอด ๕,๔๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๑๔๙,๙๔๐. ๐๐ (๒.๗๘)	๕๖๔,๖๒๐. ๐๐ (๑๐.๔๖)	๑๕๑,๘๗๕. ๐๐ (๒.๘๑)	๑๐๐,๐๑๕. ๐๐ (๑.๘๕)	๙๖๖,๔๕๐. ๐๐ (๑๗.๙๐)
- วัสดุก่อสร้าง (ยอด ๑๕๐,๐๐๐.๐๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๙,๖๗๖.๐๐ (๖.๔๕)	๙,๖๗๖.๐๐ (๖.๔๕)
- วัสดุการเกษตร (ยอด ๑๒๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๔๓,๘๕๐.๐ ๐ (๓๖.๕๔)	๒๖,๒๐๐.๐ ๐ (๒๑.๘๓)	๔๔,๔๒๐.๐ ๐ (๓๗.๐๒)	๒,๔๐๐.๐๐ (๒.๐๐)	๑๑๖,๘๗๐. ๐๐ (๙๗.๓๙)
- วัสดุซ่อมแซม – ทัวไป (ยอด ๒,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๔๐๔,๐๘๔. ๖๙ (๒๐.๒๐)	๔๕๒,๓๘๔. ๘๖ (๒๒.๖๒)	๔๙๔,๐๐๗. ๐๕ (๒๔.๗๐)	๓๗๑,๘๐๙. ๙๓ (๑๘.๕๙)	๑,๗๒๒,๒๗๖. ๕๓ (๘๖.๑๑)
- วัสดุซ่อมแซม – การแพทย์ (ยอด ๖,๗๒๘,๙๙๙.๒๘ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๑,๓๐๕,๕๑๗. ๙๐ (๑๙.๔๐)	๑,๙๐๓,๕๗๔. ๑๘ (๒๘.๒๙)	๑,๘๖๐,๒๗๓. ๕๓ (๒๗.๖๕)	๑,๖๓๙,๒๑๕. ๓๗ (๒๔.๓๖)	๖,๗๐๘,๕๘๐. ๙๘ (๙๙.๗๐)
- วัสดุปรับปรุงอื่น ๆ (ยอด ๑๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๓,๙๐๒.๒๙ (๓.๙๐)	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๓,๙๐๒.๒๙ (๓.๙๐)
- วัสดุประปา (นอกล้าง) (ยอด ๓๕๐,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๑,๔๐๐.๐๐ (๐.๔๐)	๓,๓๐๐.๐๐ (๐.๙๔)	๙,๘๐๐.๐๐ (๒.๘๐)	๖,๖๐๐.๐๐ (๑.๘๙)	๒๑,๑๐๐.๐ ๐ (๖.๐๓)
- วัสดุอื่น ๆ (แบบพิมพ์) (ยอด ๒๒๑,๐๐๐.๐๐ บาท)	บาท (ร้อยละ)	๔,๔๕๐.๐๐ (๒.๐๑)	๑๐,๓๓๖.๒ ๐ (๔.๖๘)	๐.๐๐	๐.๐๐	๑๔,๗๘๖.๒ ๐ (๖.๖๙)
๓. ร้อยละความถูกต้องของการ เขียนโครงการตามหลักการ	ร้อยละ ๘๕	N/A	N/A	N/A	N/A	๘๖.๒๑

หัวข้อข้อมูลปริมาณงาน	เป้าหมาย	ข้อมูลปีงบประมาณ ๖๘ (ต.ค.๖๗-ก.ย.๖๘)				
		ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓	ไตรมาส ๔	รวม
(โครงการทั้งหมด/โครงการ แก้ไขจาก สสจ.)						
๔. ร้อยละความสำเร็จในการ ควบคุม และการติดตามการใช้ งบประมาณของโรงพยาบาล (งบลงทุน ด้วยเงินบำรุง รพ.)	ร้อยละ ๘๕					๘๘.๐๓
๕. ร้อยละความสำเร็จของ ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ที่ ๑ (ผ่านเป้าหมาย)	ร้อยละ ๘๕	๔๗.๘๓	๕๖.๕๒	๕๒.๑๗	๖๐.๘๗	๕๔.๓๕
- จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	ข้อ	๒๓	๒๓	๒๓	๒๓	
- จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเป้าหมาย	ข้อ	๑๑	๑๓	๑๒	๑๔	
- จำนวนตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน เป้าหมาย	ข้อ	๙	๗	๑๑	๙	
- จำนวนตัวชี้วัดที่ติดตามไม่ได้	ข้อ	๓	๓	๐	๐	
๖. ร้อยละความสำเร็จของ ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ที่ ๒ (ผ่านเป้าหมาย)	ร้อยละ ๘๕	๕๕.๕๖	๖๖.๖๗	๔๔.๔๔	๖๖.๖๗	๕๘.๓๓
- จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	ข้อ	๙	๙	๙	๙	
- จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเป้าหมาย	ข้อ	๕	๖	๔	๖	
- จำนวนตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน เป้าหมาย	ข้อ	๔	๓	๕	๓	
- จำนวนตัวชี้วัดที่ติดตามไม่ได้	ข้อ	๐	๐	๐	๐	
๗. ร้อยละความสำเร็จของ ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ที่ ๓ (ผ่านเป้าหมาย)	ร้อยละ ๘๕	๔๔.๔๔	๕๕.๕๖	๕๕.๕๖	๖๖.๖๗	๕๕.๕๖
- จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	ข้อ	๙	๙	๙	๙	
- จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเป้าหมาย	ข้อ	๔	๕	๕	๖	
- จำนวนตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน เป้าหมาย	ข้อ	๑	๒	๒	๓	
- จำนวนตัวชี้วัดที่ติดตามไม่ได้	ข้อ	๔	๒	๒	๐	
๘. ร้อยละความสำเร็จของ ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ที่ ๔ (ผ่านเป้าหมาย)	ร้อยละ ๘๕	๖๓.๑๖	๖๓.๑๖	๕๗.๘๙	๖๘.๔๒	๖๓.๑๖
- จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	ข้อ	๑๙	๑๙	๑๙	๑๙	
- จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเป้าหมาย	ข้อ	๑๒	๑๒	๑๑	๑๓	

หัวข้อข้อมูลปริมาณงาน	เป้าหมาย	ข้อมูลปีงบประมาณ ๖๘ (ต.ค.๖๗-ก.ย.๖๘)				
		ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓	ไตรมาส ๔	รวม
- จำนวนตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเป้าหมาย	ข้อ	๓	๓	๔	๕	
- จำนวนตัวชี้วัดที่ติดตามไม่ได้	ข้อ	๔	๔	๔	๑	
๙. ร้อยละความสำเร็จของแผนปฏิบัติการตามแผนยุทธศาสตร์ทั้ง ๔ ด้าน	ร้อยละ ๘๕	๕๗.๘๕				
- ยุทธศาสตร์ ที่ ๑		๕๔.๓๕				
- ยุทธศาสตร์ ที่ ๒		๕๘.๓๓				
- ยุทธศาสตร์ ที่ ๓		๕๕.๕๖				
- ยุทธศาสตร์ ที่ ๔		๖๓.๑๖				
๑๐.ร้อยละความสำเร็จในควบคุม ดูแล และติดตามการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงาน						
ด้านการดำเนินงานโครงการ						
- ดำเนินการ	ร้อยละ ๘๕	๗๓.๘๘ (๙๙)				
- ไม่ได้ดำเนินการ		๒๖.๑๒ (๓๕)				
ด้านการติดตามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ รพ.		ยุทธศาสตร์ ที่ ๑	ยุทธศาสตร์ ที่ ๒	ยุทธศาสตร์ ที่ ๓	ยุทธศาสตร์ ที่ ๔	รวม
- ติดตามได้	ร้อยละ ๘๕	๘๑.๖๗	๘๕.๐๐	๙๐.๐๐	๙๘.๓๓	๘๘.๗๕
- ติดตามไม่ได้		๑๘.๓๓	๑๕.๐๐	๑๐.๐๐	๑.๖๗	๑๑.๒๕

ที่มา : กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

◆ งานเวชนิทัศน์และโสตทัศนศึกษา

งานเวชนิทัศน์และโสตทัศนศึกษา เป็นงานบริการและสนับสนุนการปฏิบัติงานของฝ่ายและกลุ่มงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาล โดยใช้สื่อด้านโสตทัศนอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ผลิตสื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อให้กิจกรรมขององค์กรบรรลุวัตถุประสงค์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตบริการ

- งานถ่ายภาพทางการแพทย์/ถ่ายภาพทั่วไป/ถ่าย VDO/ผลิตสื่อภาพเคลื่อนไหว/Copy VCD DVD/ แสแกนภาพ
- ผลิต/นำเสนองานด้วย Power point/Multimedia
- งานกราฟฟิก/แผ่นพับ/ภาพพริก/แผนภูมิ/ตาราง/โลโก้/ตัดสตีกเกอร์/โปสเตอร์/วารสารทางการแพทย์/สื่อประชาสัมพันธ์/ตกแต่งภาพ/เกียรติบัตร/การ์ด/ป้ายพิวเจอร์บอร์ด/ป้ายสติ๊กเกอร์ PVC/ป้ายเวที/ป้ายโฟม/ป้ายโรลอัพ/ออกแบบบัตรเจ้าหน้าที่และบัตรอื่นๆและตกแต่งรูปภาพต่างๆ
- งานโสตทัศนศึกษา จัดเตรียมอุปกรณ์โสตฯให้เพียงพอและเหมาะสมกับการใช้งานในการขอรับบริการแต่ละหน่วยงาน/แต่ละครั้ง
- จัดทำการบันทึกเสียงการประชุม รวมทั้งการใช้และผลิตสื่อด้วยคอมพิวเตอร์/มัลติมีเดีย
- ให้บริการทำ Copy Print แบบพิมพ์ แบบฟอร์มและเอกสารต่าง ๆ
- งานบริการห้องประชุม ให้บริการควบคุมดูแลระบบภาพและระบบเสียงในห้องประชุม ประสานงานผู้รับบริการ รับจองห้องประชุม จัดตารางการใช้ห้องประชุม
- ติดตั้ง ทดสอบการใช้งาน ควบคุมและเตรียมความพร้อมดูแลความเรียบร้อยของโสตทัศนอุปกรณ์ทั้งในและนอกห้องประชุมให้การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ สำเร็จตรงตามวัตถุประสงค์และจัดเก็บที่ถูกต้อง เพื่อยืดอายุการใช้งานของอุปกรณ์

อัตรากำลัง

ตำแหน่ง	ข้าราชการ	พนักงานราช	พกส	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราว
ช่างภาพการแพทย์ชำนาญการ	๑				
เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน	๑				
เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติงาน	๑				
เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา			๑		
นักประชาสัมพันธ์			๑		
นักวิชาการโสตทัศนศึกษา			๑		
พนักงานโสตทัศนศึกษา			๑		

สถิติผลการดำเนินงาน

กิจกรรม	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕		ปีงบประมาณ ๒๕๖๖		ปีงบประมาณ ๒๕๖๗		ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	
๑. งานถ่ายภาพ/วิดีโอ	หน่วยนับ		หน่วยนับ		หน่วยนับ		หน่วยนับ	
จำนวนการถ่ายภาพ	ครั้ง	ภาพ	ครั้ง	ภาพ	ครั้ง	ภาพ	ครั้ง	ภาพ
- ภาพถ่ายกล้อง Digital	๓๔๐	๔๙๕๘๐	๓๕๐	๕๐๔๖๐	๓๘๙	๕๓๒๖๐	๓๙๒	๕๕๓๒๑
- ถ่ายวิดีโอ Video	๓๒	๓๒	๓๖	๓๖	๓๕	๓๕	๓๗	๓๗
ประเภทการถ่ายภาพ	ครั้ง	ภาพ	ครั้ง	ภาพ	ครั้ง	ภาพ	ครั้ง	ภาพ
- ถ่ายภาพทางการแพทย์	๑๒	๑๙๐	๑๕	๒๑๐	๑๘	๒๘๔	๒๐	๒๙๒
- ถ่ายภาพกิจกรรมในโรงพยาบาล	๒๓๐	๓๓๖๔๐	๒๓๒	๓๔๘๐๐	๒๕๐	๓๖๒๑๐	๒๕๕	๓๗๑๕๐
- ถ่ายภาพกิจกรรมนอกโรงพยาบาล	๙๘	๑๕๗๕๐	๑๐๓	๑๕๔๕๐	๑๐๕	๑๕๘๘๐	๑๐๙	๑๖๐๒๐
๒. งานผลิตสื่อ	หน่วยนับ		หน่วยนับ		หน่วยนับ		หน่วยนับ	
งานเขียน – ออกแบบ	ครั้ง	แผ่น/ชิ้น	ครั้ง	แผ่น/ชิ้น	ครั้ง	แผ่น/ชิ้น	ครั้ง	แผ่น/ชิ้น
- การ์ด	๖๕	๑๘๓๑	๖๔	๑๙๐๑	๖๖	๒๐๐๒	๖๗	๒๐๑๐
- เข้าเล่ม/เย็บเล่มเอกสาร	๕	๘๐	๒	๗๕	๔	๒๕๐	๓	๒๘๐
- ใบประกาศ/เกียรติบัตร	๕๕	๑๓๖๙	๕๑	๑๔๒๐	๕๕	๑๕๐๑	๕๘	๑๕๙๙
- ป้ายต้อนรับกำหนดที่	๔๐	๔๐	๓๗	๔๖	๓๘	๓๘	๓๘	๓๘
- ป้ายบอร์ดนิทรรศการ/หัวบอร์ด	๒๐	๒๐	๑๔	๕๓	๑๘	๒๙	๑๙	๓๑
- ป้ายห้องประชุมขนาดใหญ่๑/๒/๓/๔	๒๕	๙๕	๒๘	๑๐๓	๒๙	๑๔๕	๓๒	๑๕๕
- ปรี้นเอกสารสี/ขาว-ดำ	๒๙๔	๘๙๖๔	๓๒๐	๙๔๑๖	๓๕๐	๙๗๖๔	๓๕๕	๙๙๘๔
- โปสเตอร์ A๓/A๔	๑๓๕	๖๗๒	๑๒๔	๕๘๘	๑๓๕	๖๙๘	๑๓๘	๗๐๒
- หุ้มบอร์ด/เคลือบบัตร	๖๐	๑๕๒๓	๕๒	๑๔๗๕	๕๕	๑๕๙๙	๕๓	๑๕๘๙
- แผ่นพับ /ภาพพลิก	๑๒	๕๘๕	๑๑	๒๗๐	๒๔	๑๒๐๐	๙๖	๔๘๐๐
- แผนภูมิ/แผนภาพ/แผนผัง/ตาราง	๔๒	๔๒	๔๐	๔๐	๔๑	๔๑	๔๐	๔๐
- ป้ายสติ๊กเกอร์/สติ๊กเกอร์ติดฟิวเจอร์บอร์ด	๒๓๑	๙๗๖	๒๑๑	๑๓๐๕	๒๒๕	๑๔๕๐	๒๒๘	๑๕๐๑
- บันทึกข้อมูลลงแผ่น CD/DVD	๑๐	๑๐	๕๑	๘๑๒	๘	๘	๘	๘
- ผลิต/นำเสนอผลงานด้วยPower point	๑๐	๑๐	๑๕	๓๒	๑๕	๑๕	๑๕	๑๕

กิจกรรม	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕		ปีงบประมาณ ๒๕๖๖		ปีงบประมาณ ๒๕๖๗		ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	
๓. งานคอมพิวเตอร์กราฟิก	หน่วยนับ		หน่วยนับ		หน่วยนับ		หน่วยนับ	
	ครั้ง	แผ่น/ชุด	ครั้ง	แผ่น/ชุด	ครั้ง	แผ่น/ชุด	ครั้ง	แผ่น/ชุด
- Presentation/Power Point	๒๐	๒๐	๓๐	๓๐	๒๙	๒๙	๓๑	๓๑
- ตัดต่อ VDO	๓๙	๓๙	๔๖	๔๖	๕๕	๕๕	๕๖	๕๖
- ตกแต่งภาพถ่าย	๓๔๓	๔๙๕๘๐	๓๕๐	๕๐๔๖๐	๓๘๐	๕๓๒๐๔	๓๙๐	๕๔๓๐๐
- Scan ภาพ	๑๔๕	๑๔๕	๑๕๙	๑๕๙	๑๕๘	๑๕๘	๑๕๕	๑๕๕
- บันทึกข้อมูล CD-R/ออกแบบปก	๑๕	๑๕	๑๐	๑๐	๕	๕	๔	๔
๔. งานบริการโสตทัศนูปกรณ์	หน่วยนับ		หน่วยนับ		หน่วยนับ		หน่วยนับ	
การบริการให้ยืม	ครั้ง	แผ่น/ชุด	ครั้ง	แผ่น/ชุด	ครั้ง	แผ่น/ชุด	ครั้ง	แผ่น/ชุด
- ป้ายสามเหลี่ยม	๔๐	๔๕๖	๓๗	๓๗๕	๔๐	๓๙๕	๔๒	๔๐๕
- Computer Notebook	๔๘	๔๘	๓๗	๔๖	๔๗	๔๗	๔๘	๔๘
- เลเซอร์พอยเตอร์	๑๕	๑๕	๒๐	๒๐	๑๖	๑๖	๑๙	๑๙
- ชุดเครื่องเสียงไมค์/ลำโพง	๒๙	๒๙	๓๑	๔๔	๓๘	๓๘	๔๐	๔๐
- Projector	๔๖	๔๖	๕๕	๕๕	๕๒	๕๒	๕๔	๕๔
- จอ TV	๑๓	๑๓	๑๐	๑๐	๙	๙	๘	๘
- โต๊ะ	๔๙	๒๕๙	๕๗	๓๕๙	๖๑	๓๘๐	๖๒	๓๘๕
- เก้าอี้	๕๔	๒๓๔	๕๒	๒๑๙	๕๕	๒๔๐	๕๖	๒๔๕
- ทำบัตรเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	๔๕	๕๒๖	๕๗	๘๒๑	๖๕	๘๙๐	๖๐	๘๐๕
- การ์ดวันเกิดเจ้าหน้าที่	๑๒	๒๓๔	๑๓	๙๕๐	๑๐	๕๕๖	๑๒	๕๖๘
- อื่นๆ								

การเตรียมและควบคุมการใช้ห้องประชุม	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง
ห้องประชุม	๖	๖	๖	๖
- การเตรียมห้องประชุม	๙๖๐	๙๖๐	๙๗๐	๙๗๐
- ชุดเครื่องเสียงขยายเสียงในห้องประชุม	๙๖๐	๙๖๐	๙๗๐	๙๗๐
- การเตรียมห้องประชุมออนไลน์ ๓ ห้อง	๗๖	๘๑	๘๓	๘๔
- Video Projector	๙๖๐	๙๖๐	๙๗๐	๙๗๐
- Computer Notebook	๙๖๐	๙๖๐	๙๗๐	๙๗๐
- การบันทึกเสียง	๔๖	๕๐	๖๒	๖๑
- การถ่ายภาพภายในที่ประชุม	๑๙๕	๒๑๖	๒๘๑	๒๙๐
- การถ่ายวิดีโอภายในห้องประชุม	๓๐	๒๓	๘๙	๘๘
- ระบบถ่ายทอดสด (OB) Facebook	-	-	๑๘	๒๐
การติดตั้งระบบเสียงนอกห้องประชุม	๓๙	๓๕	๓๘	๓๗

ที่มา : งานเวชภัณฑ์และโสตทัศนศึกษา

◆ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

๑. หน้าที่ และเป้าหมาย (Purpose)

ประเมินวัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศขององค์กร ความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพในทุกะดับ วางแผนในการพัฒนาคุณภาพ บูรณาการร่วมกับแผนยุทธศาสตร์และทีมนำ ประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อกระตุ้นให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

๒. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of service)

๑. ด้านการประสานงาน ประสานงาน/สนับสนุนทีมพัฒนาคุณภาพ หน่วยงาน บุคลากร เพื่อการสร้าง ความเข้าใจ ความร่วมมือ ให้ปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการและองค์ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพและ ดำเนินการสื่อสารข้อมูล เอกสาร รายงาน ต่างๆกับหน่วยงานดังต่อไปนี้

- หน่วยงานในโรงพยาบาลลำพูน
- หน่วยงานเครือข่าย เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน เป็นต้น
- องค์กรรับรองมาตรฐานต่างๆ เช่น สรพ. องค์กรวิชาชีพ เป็นต้น
- หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต เช่น กพร. สลก. เป็นต้น

๒. ให้บริการปรึกษา ให้ความรู้แก่บุคลากร หน่วยงาน และทีมพัฒนาคุณภาพทุกระดับ รวมถึง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพทุกทีมของโรงพยาบาลฯ รวมทั้งนำเครื่องมือคุณภาพมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานได้ อย่างเหมาะสม เพื่อให้มีความเข้าใจมาตรฐาน HA และมาตรฐานวิชาชีพ

๓. ควบคุมกำกับกระบวนการงานการจัดการเอกสารคุณภาพ รวมทั้งจัดเก็บต้นฉบับเอกสารคุณภาพทุกระดับ เพื่อสื่อสารให้หน่วยงานทีมคุณภาพรับทราบและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน และดำเนินการด้านการ จัดทำเอกสารคุณภาพ ได้แก่

- การจัดทำใหม่
- แก้ไข
- ขอตกลงใช้
- ยกเลิกเอกสาร
- ขอสำเนา

๔. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพให้แก่หน่วยงาน และเครือข่ายเช่นการจัดมหกรรม คุณภาพประจำปีเพื่อกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน และร่วมชื่นชมทีมพัฒนาคุณภาพ หน่วยงาน และบุคลากร ที่มี ผลงานการพัฒนาคุณภาพที่โดดเด่น และเป็นแบบอย่างที่ดี ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่าง ต่อเนื่อง

๕. นำองค์ความรู้ไปทบทวน/ปรับปรุงกระบวนการที่รับผิดชอบ ก่อให้เกิดความปลอดภัย ทั้งต่อผู้ป่วย และบุคลากร ตลอดจนเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการ ลดข้อร้องเรียน จากผู้ป่วย ผู้รับบริการ และบุคลากร

๖. ประสานงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในการจัดส่งข้อมูล และเอกสารการขอรับรอง คุณภาพตามรอบการประเมิน HA เพื่อให้โรงพยาบาลได้รับการประเมินและรับรองคุณภาพการบริการตามมาตรฐาน HA อย่างต่อเนื่อง

ศักยภาพ : เป็นศูนย์รวมองค์ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA และองค์กรวิชาชีพ

ข้อจำกัด : มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานบ่อย ทำให้ความต่อเนื่องในการประสานงานเพื่อความสะดวกคล่องใน งานบางช่วงเกิดความไม่ราบรื่น

๓. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
บุคลากรระดับบริหาร	- กระตุ้นให้ทีมพัฒนาคุณภาพร่วมมือ ชัดเจนในการพัฒนางาน - ทีมคุณภาพรายงานผลการพัฒนางานคุณภาพและแผนปฏิบัติการ ตามเวลาที่กำหนด - การประสานการตรวจเยี่ยมสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง - มีการดำเนินงานตามนโยบายคุณภาพที่สอดคล้องกับ กรมฯ กระทรวงสาธารณสุข
บุคลากรที่ปฏิบัติงาน	- มีการประสานข้อมูลด้านคุณภาพ สะดวก ถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วน ตรงเวลา - มีความรู้ สามารถเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับด้านการพัฒนาคุณภาพ ที่ชัดเจน - การจัดเก็บเอกสารคุณภาพ เข้าถึงง่าย ไม่สูญหาย และเป็นปัจจุบัน - มีระบบบริการให้คำปรึกษา การสื่อสาร ที่สะดวก รวดเร็ว - มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสื่อสาร
ผู้ป่วย/ญาติ	- มีช่องทางในการรับข้อร้องเรียนและข้อเสนอแนะที่สะดวกและดำเนินการประสานให้เกิดการแก้ไขข้อร้องเรียนและข้อเสนอแนะอย่างชัดเจน
สถาบัน/หน่วยงานคุณภาพภายนอก	- สะดวกในการประสานงานและร่วมมือในงานคุณภาพ ได้รับข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง รวดเร็วตรงเวลา และน่าเชื่อถือ

๔. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

๔.๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ด้านปริมาณงาน

๑. ประสานงาน/สนับสนุนทีมพัฒนาคุณภาพ หน่วยงาน บุคลากร การเข้าร่วมประชุมการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล, การประชุมทบทวน, การบริหารจัดการความเสี่ยง เฉลี่ย ๑-๓ ชั่วโมงต่อวัน

๒. ให้บริการปรึกษา ให้ความรู้ แก่บุคลากร หน่วยงาน และทีมพัฒนาคุณภาพ เช่น เป็นวิทยากรให้ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล, Quality round, Internal audit เฉลี่ย ๒-๖ ชั่วโมง ต่อวัน

๓. เก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดงานคุณภาพ และข้อมูลเฉพาะตามที่หน่วยงานร้องขอ เฉลี่ย ๔-๕ รายงาน ต่อเดือน

๔. การจัดการเอกสารคุณภาพ Quality Documents

๕. ดำเนินการจัดทำโครงการตามแผนพัฒนาเฉลี่ยปีละ ๕-๑๐ โครงการ

๖. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพให้แก่หน่วยงาน ปีละ ๒-๕ ครั้ง

๗. ประสานงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในการจัดส่งข้อมูลงานด้านคุณภาพทุก ๑ เดือน

๘. ส่งข้อมูลพื้นฐานด้านการบริการให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุก ๖ เดือน

ด้านทรัพยากร

บุคลากร จำนวน ๔ คน

- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (หัวหน้ากลุ่มงาน) จำนวน ๑ คน (Part time)
- พยาบาลวิชาชีพเกี่ยณอายุราชการ (ทำโครงการจ้างงาน ๑ ปี)
- นักวิชาการสาธารณสุข ๑ คน
- เจ้าพนักงานธุรการ ๑ คน

เทคโนโลยี

- ๑.ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System: HRMS
- การประเมินความสขบุคคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) และการประเมินสขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI)
- ระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ Hospital Safety Culture Survey online
- Thip II
- CPP สปสช.
- บันทึกข้อมูล รพ.ผ่านระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์และทรัพยากรสขภาพ (gis health)

เครื่องมือ

- คอมพิวเตอร์ ๕ ชุด
- เครื่องปริ้นเตอร์ ๒ ตัว
- โทรศัพท์ขนาด ๖๕ นิ้ว ๑ เครื่อง

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี				
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. ร้อยละของหน่วยงานที่จัดส่งรายงานการประเมินตนเองระดับหน่วยงาน ตามกำหนดเวลา	ร้อยละ ๘๐	๗๐.๔๐	๗๓.๕	๘๖.๕	๘๘.๐	๙๒.๐
๒. ร้อยละของเอกสารคุณภาพได้รับการแก้ไขให้เป็นปัจจุบัน	ร้อยละ ๖๐	NA	๖๒.๖	๘๐.๓	๘๕.๕	๘๘.๔๐
๓.ร้อยละการผ่านมาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาลลำพูน	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๕.ร้อยละของหน่วยงานที่มีผลงานการพัฒนาคุณภาพเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	ร้อยละ ๕๐	๘๙.๕	๘๘.๖	๙๒.๓	๙๓.๐	๙๔.๔๐
๖.ร้อยละความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมงานมหกรรมคุณภาพประจำปี	ร้อยละ ๙๐	๘๐.๕	๘๖.๒	๙๐.๒	๙๒.๖	๙๓.๐๓

ความเสี่ยงสำคัญ:

- การใช้ Data และวิเคราะห์ข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์
๑	การใช้ Data และวิเคราะห์ข้อมูลยังไม่ครอบคลุม	๑.จัดอบรม Data analytic + Template report ๒.กำกับดูแลข้อมูล (Data Governance) ตั้งทีม Data Governance ระดับโรงพยาบาล (QMR/แพทย์ คุณภาพ/IC/สถิติ/IT) -จัดทำ Data Dictionary & KPI Catalog กลาง (นิยาม/สูตร/ แหล่งข้อมูล/เจ้าของข้อมูล/RACI) และทบทวนทุกไตรมาส -กำหนด RACI ชัด: Owner (แพทย์/หัวหน้าหน่วย), Analyst (ศูนย์คุณภาพ/สถิติ), IT (Extract/ETL), QMR (ทวนสอบ) ๓.คุณภาพข้อมูล (Data Quality) -ทำ Data Quality rules: ความครบถ้วน, ความถูกต้อง, ความตรงเวลา, ความสม่ำเสมอ -สร้าง DQ Dashboard แจ้งเตือนความผิดปกติ ๔.ยกระดับการวิเคราะห์ (จากพรรณนา → วินิจฉัย → คาดการณ์) ๕. ทำ Dashboard เพื่อการตัดสินใจ	- อัตราข้อมูลซ้ำหรือข้อมูลผิดพลาด (Error/Duplicate rate) น้อยกว่า ๒% - Reporting delay < ๗ วัน -% dashboard ที่ update อัตโนมัติทุกวัน/สัปดาห์ (เป้าหมาย >๘๐) -% ตัวชี้วัดที่มี trend $\geq$ ๑๒ เดือนย้อนหลัง

ที่มา : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

